

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA

Maria Luísa Aleixo Gomes Pinto Grilo

Mestrado em Saúde do Adolescente

LISBOA, NOVEMBRO 2014

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA

Maria Luísa Aleixo Gomes Pinto Grilo

Orientação: Professor Doutor Luís Mendes da Graça
Co-orientação: Professora Doutora Marta Reis

Tese apresentada para obtenção do grau de Mestre na área de Saúde do
Adolescente

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 28 de Outubro de 2014**

Porque a par da actividade clínica desenvolvo há vários anos trabalho de formação em meio escolar na área da afectividade e sexualidade, porque sou mãe de quatro adolescentes, e ainda porque há fases na vida em que nos parece imperioso lançarmo-nos em algo novo e diferente da rotina do dia-a-dia, decidi fazer o Mestrado em Saúde do Adolescente.

Abraçar um projecto deste género nesta fase pessoal e profissional da minha vida, foi sem dúvida um desafio...

O ano escolar do Mestrado foi extremamente rico de aprendizagem teórica e de troca de experiências com colegas e docentes de diversas áreas.

Depois, a escolha do tema para a tese... Tendo por base uma formação médica, concretamente na área da Obstetrícia e Ginecologia, cedo me comecei a aperceber, através da prática clínica, do sofrimento causado por uma má vivência da sexualidade, nas diversas etapas da vida. Na adolescência, esta vivência traduz-se com frequência, no início da actividade sexual em idades muito jovens, sem o devido enquadramento a outros níveis, já que, se a maturidade física tem vindo a surgir mais cedo, a maturidade afectiva e social e a autonomia económica, surgem cada vez mais tarde. Esta “precocidade”, frequentemente desinserida de um contexto afectivo e de um projecto de vida, pode levar a desilusões que marcam para sempre. Para além disso, a gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis são acontecimentos com potenciais implicações profundas na vida do adolescente, dos descendentes, de toda a família e da sociedade, constituindo verdadeiros problemas de saúde pública. O tema da tese teria assim de estar necessariamente ligado à área da sexualidade. De facto, acredito que uma sexualidade integrada e vivida com responsabilidade é fonte de bem-estar e saúde!

A elaboração da tese foi um percurso mais solitário, com altos e baixos, em que muitas vezes surgiu a pergunta “Para quê?” Mas a vontade de não deixar um projecto a meio, de elaborar uma investigação que surge na sequência lógica de uma experiência de vida e de sair um pouco do âmbito da minha vida profissional diária, apesar de constituir um risco, foi mais forte!

| AGRADECIMENTOS

A vida é um caminho que não se trilha sozinho...

O caminho de elaboração desta tese exigiu sem dúvida algum esforço e motivou momentos de desalento e de incerteza. A sua concretização só foi possível porque algumas pessoas estiveram sempre presentes e foram suporte. Assim, quero agradecer...

... aos meus pais, que além da Vida me deram os valores pelos quais a oriento, porque com exigência e Amor me levaram a ser o melhor de mim mesma e porque me apoiam incondicionalmente em todos os momentos. Ao meu pai, pelo incentivo que sempre me deu no sentido de desenvolver uma carreira académica e pela revisão e críticas pertinentes a este projecto.

... às minhas filhas - Mariana, Sofia, Carlota e Francisca - que nem sempre compreenderam o motivo deste trabalho e que, sem o saberem, também estão na base da sua realização, porque tornam a minha vida um desafio diário de entrega e coerência.

... à minha colega e amiga Dra Mónica Centeno porque, ainda que consciente do que isso implicaria de acréscimo de trabalho para si própria, me animou a avançar para este projecto. Conciliar a responsabilidade da Consulta de Medicina Materno-Fetal e a concretização do Mestrado foi tarefa árdua só possível com a sua ajuda. Os verdadeiros amigos são assim!

... ao Professor Luís Graça, pelo incentivo para me lançar neste Mestrado, pela pronta aceitação em ser meu orientador numa tese cujo tema se afasta do âmbito da Obstetrícia mas sobretudo, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo dos anos...

... à Professora Marta Reis por todo o apoio, disponibilidade, paciência e entusiasmo ao longo deste caminho nem sempre fácil! Por me ter transmitido tantos conhecimentos e pela ajuda concreta nas diversas etapas do projecto. Sem o seu apoio sei que não conseguiria ter concluído este trabalho! Foi um gosto esta partilha de conhecimentos!

... à Professora Fátima Serrano, que na sombra me foi ajudando com o seu saber, encorajamento e Amizade.

... ao Professor Luís Virtuoso, director do Externato Marista de Lisboa, pela forma aberta como acolheu este projecto e pela ajuda prática que me proporcionou para a sua concretização, mostrando que ser Cristão não é ignorar a realidade mas conhecê-la, encará-la de frente e orientá-la com o olhar de Cristo.

... ao Pedro, meu companheiro nesta aventura que é a vida, com quem partilho há 23 anos bons e maus momentos, por compreender e aceitar a minha ânsia de saber, por fazer suas as minhas preocupações, por estar sempre lá e por toda a ajuda prática na elaboração desta tese! Somos uma equipa imbatível!

| ÍNDICE GERAL

ABREVIATURAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
Capítulo 1 INTRODUÇÃO e OBJECTIVOS	10
Capítulo 2 METODOLOGIA	18
2.1 POPULAÇÃO	18
2.2 PROCEDIMENTO	18
2.3 INSTRUMENTOS	18
2.4 ANÁLISE E FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	20
Capítulo 3 RESULTADOS	21
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO	21
3.2 OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	24
3.3 COMPORTAMENTOS SEXUAIS	27
3.4 OUTROS COMPORTAMENTOS DE RISCO	35
3.5 ATITUDES SEXUAIS	36
3.6 COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL DO HBSC	40
Capítulo 4 DISCUSSÃO	44
4.1 COMPORTAMENTOS SEXUAIS	44
4.2 ATITUDES SEXUAIS	45
4.3 DIFERENÇAS DE GÉNERO NOS COMPORTAMENTOS E ATITUDES SEXUAIS	46
4.4 COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL DO HBSC	49
Capítulo 5 CONCLUSÕES	51
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	63
DOCUMENTO 1 – CARTA AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO	63
DOCUMENTO 2 - APROVAÇÃO DO PROJECTO - COMISSÃO DE ÉTICA	64
DOCUMENTO 3 – INQUÉRITO	65

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO.	21
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO E IDADE.	21
TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. DISTRIBUIÇÃO POR ANO DE ESCOLARIDADE.	22
TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. DISTRIBUIÇÃO POR NACIONALIDADE.	22
TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. DISTRIBUIÇÃO POR RELIGIÃO.	22
TABELA 6 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	22
TABELA 7 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO. PESSOA (S) COM QUEM VIVEM.	23
TABELA 8 – PERCEPÇÃO DOS FILHOS SOBRE O GRAU DE CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE DIVERSOS ASPECTOS DAS SUAS VIDAS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS... 24	24
TABELA 9 - AUTO-AVALIAÇÃO ACERCA DO DESEMPENHO ESCOLAR. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	25
TABELA 10 - SENTIMENTO EM RELAÇÃO À VIDA. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.....	25
TABELA 11 - DIÁLOGO COM OS PAIS SOBRE SEXUALIDADE. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	25
TABELA 12 - OPINIÃO SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL (ES) NA ESCOLA. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	26
TABELA 13 - RELAÇÕES SEXUAIS ENTRE OS JOVENS: EXISTÊNCIA E TIPOS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	27
TABELA 14 - RELAÇÕES SEXUAIS. DISTRIBUIÇÃO POR ANO DE ESCOLARIDADE.	27
TABELA 15 - IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	27
TABELA 16 - RELAÇÃO ENTRE A IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO E O INÍCIO DA VIDA SEXUAL	28
TABELA 17 - RELAÇÃO ENTRE TER TIDO ES NA ESCOLA E O INÍCIO DA VIDA SEXUAL	28
TABELA 18 – UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO NA 1ª RELAÇÃO SEXUAL. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	28
TABELA 19 - MÉTODO CONTRACEPTIVO NA 1ª RELAÇÃO SEXUAL- DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.....	29
TABELA 20 – PESSOA COM QUEM TIVERAM A 1ª RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	29
TABELA 21 - CONVERSA COM O/A PARCEIRO/A SOBRE PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ ANTES DE INICIAREM RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	29
TABELA 22 - CONVERSA COM O/A PARCEIRO/A SOBRE PREVENÇÃO DE IST ANTES DE INICIAREM RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	30
TABELA 23 - PERÍODO DE TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DO RELACIONAMENTO AMOROSO E A 1ª RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	30
TABELA 24 - SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO PARCEIRO SEXUAL. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	31
TABELA 25 - USO DE PRESERVATIVO NAS RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	31
TABELA 26 - USO DE OUTROS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	31
TABELA 27 – UTILIZAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO NA ÚLTIMA RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	32
TABELA 28 – MÉTODO CONTRACEPTIVO NA ÚLTIMA RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	32
TABELA 29 - Nº DE PARCEIROS SEXUAIS AO LONGO DA VIDA. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	33
TABELA 30 - RS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.....	33
TABELA 31 – RS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	33
TABELA 32 - COMPETÊNCIA PARA RECUSAR RS SEM PRESERVATIVO. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	34
TABELA 33 - COMPETÊNCIA PARA RECUSAR RS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS.	34
TABELA 34 – OUTROS COMPORTAMENTOS DE RISCO. CONSUMO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS E ENVOLVIMENTO EM LUTAS. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS... 35	35
TABELA 35 - ATITUDE GERAL DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE	36
TABELA 36 – ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. ÍTENS RELACIONADOS COM A SUB-ESCALA PERMISSIVIDADE.....	36
TABELA 37- ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. ÍTENS RELACIONADOS COM A SUB-ESCALA RESPONSABILIDADE.	37
TABELA 38 – ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. ÍTENS RELACIONADOS COM A SUB-ESCALA COMUNHÃO.	37
TABELA 39 - ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. ÍTENS RELACIONADOS COM A SUB-ESCALA INSTRUMENTALIDADE.	38
TABELA 40 - ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO GERAL.	38
TABELA 41 - ATITUDES DOS JOVENS FACE À SEXUALIDADE. DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS EM CADA SUB-ESCALA.	39
TABELA 42 – COMPARAÇÃO DOS JOVENS DO 10º ANO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM OS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA NACIONAL. INÍCIO DE VIDA SEXUAL.	40
TABELA 43 - COMPARAÇÃO DOS JOVENS DO 10º ANO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM OS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA NACIONAL. IDADE DA 1ª RS....	40
TABELA 44 - COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL. RS SOB EFEITO DE ÁLCOOL OU DROGAS.	41
TABELA 45 - COMPARAÇÃO DOS JOVENS DO 10º ANO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM OS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA NACIONAL. RS SOB EFEITO DE ÁLCOOL OU DROGAS.	41
TABELA 46 - COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL. CONTRACEPÇÃO NA 1ª RS.....	42
TABELA 47 - COMPARAÇÃO DOS JOVENS DO 10º ANO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM OS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA NACIONAL. CONTRACEPÇÃO NA 1ª RS.	42
TABELA 48 - COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL. CONTRACEPÇÃO NA ÚLTIMA RS.	42
TABELA 49 - COMPARAÇÃO DOS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA EM ESTUDO COM OS JOVENS DO 10º ANO DA AMOSTRA NACIONAL. CONTRACEPÇÃO NA ÚLTIMA RS.	43

ABREVIATURAS

CVEDT - Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis

DGS - Direcção Geral da Saúde

ES – Educação Sexual

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG - Interrupção Voluntária de Gravidez

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OSYS – Online Study of Young People`s Sexuality

PAHO - Pan American Health Organization

RS - Relações Sexuais

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

RESUMO

A vivência da sexualidade na adolescência está frequentemente associada ao início da actividade sexual, o qual tem condicionado elevadas taxas de gravidez na adolescência e de infecções sexualmente transmissíveis (IST), bem como consequências psicológicas nefastas, acontecimentos estes com implicações pessoais, familiares e sociais marcantes. Esta é assim uma questão prioritária no âmbito da saúde pública.

Este trabalho pretendeu avaliar atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes de um colégio privado de Lisboa (Externato Marista de Lisboa), comparar diferenças de género nessas atitudes e comportamentos e ainda comparar esta população com uma amostra nacional de adolescentes de escolas públicas do país (através do estudo Health Behaviour in School-aged Children - HBSC).

Para tal aplicou-se um questionário a 385 jovens de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, a frequentarem do 9º ao 12º ano de escolaridade.

Vinte e sete por cento dos jovens referiram ter iniciado vida sexual. A idade de início de vida sexual foi em média de 15,5 anos, a moda do número de parceiros foi de um. Na primeira relação sexual, 95,5% utilizaram contracepção, principalmente o preservativo (91,8%) e na última relação sexual 96% utilizaram contracepção (preservativo - 80% e método hormonal - 59%). Sete por cento dos jovens referiram ter tido relações sexuais sob efeito de álcool ou drogas.

Verificou-se um início mais precoce de vida sexual, maior número de relações sexuais ocasionais e maior número de relações sexuais sob efeito de álcool nos rapazes do que nas raparigas. Também em relação às atitudes se verificaram diferenças, com as raparigas evidenciando maior preocupação contraceptiva e os rapazes mostrando atitudes de maior permissividade, maior valorização do sexo e maior instrumentalização do parceiro.

Quando comparada a amostra nacional do 10º ano de escolaridade do estudo HBSC, com o sub-grupo do presente estudo do mesmo ano de escolaridade, verificou-se que neste último ocorreu um início mais tardio da vida sexual, maior utilização de preservativo mas menor utilização de métodos hormonais.

Este estudo reforça a necessidade de uma educação sexual abrangente, tendo sempre presentes as diferenças de género, com vista a uma vivência mais igualitária, mais responsável e mais gratificante da sexualidade e abre caminhos para futuras investigações sobre diferenças na área da sexualidade entre jovens do ensino público e do ensino privado e causas para estas diferenças.

Palavras-chave: sexualidade, adolescência, atitudes sexuais, comportamentos sexuais, ensino privado.

ABSTRACT

The experience of sexuality in adolescence is often associated with the onset of sexual activity, which has conditioned high rates of teenage pregnancy, sexually transmitted infections and adverse psychological consequences, with marked personal, family and social implications. This is therefore a priority issue in the context of public health.

This study sought to assess sexual attitudes and behaviours of adolescents studying at a private school in Lisbon, to compare gender differences in these attitudes and behaviours and to compare this population with a national sample of adolescents from public schools of the country (through the study Health Behaviour in School- aged Children - HBSC).

For this purpose, a questionnaire was applied to 385 young people of both sexes, aged between 14 and 19 years, and attending from the 9th to the 12th grade.

Twenty-seven percent of youth reported being sexually active. The age of onset of sexual life averaged 15.5 years, the mode of the number of partners was one. At first intercourse, 95.5% used contraception, mainly condoms (91.8%) and at the last intercourse 96% used contraception (condom - 80%, hormonal method - 59%). Seven percent of youth reported sex under the influence of alcohol or drugs.

There was an earlier onset of sexual activity, greater occurrence of casual sex and more sexual intercourse under the influence of alcohol in boys than in girls. Regarding attitudes there were also differences, with girls showing greater contraceptive concern and boys showing more permissive attitudes, more valorization of sex and greater exploitation of the partner.

When compared to the national sample of 10th-graders of the HBSC study, the sub-group of the present study in the same grade reported a later onset of sexual activity, increased use of condoms and lower utilization of hormonal methods.

This study reinforces the need for comprehensive sex education, always bearing gender differences in mind, aiming a more egalitarian, responsible and rewarding experience of sexuality and highlights topics for future research, such as differences in the area of sexuality among public and private schools' youth and the causes for these differences.

Keywords: sexuality, adolescence, sexual attitudes, sexual behaviours, private education.

Capítulo 1 | INTRODUÇÃO e OBJECTIVOS

A adolescência é o período da vida humana que se situa entre a infância e a idade adulta. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) decorre entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 1986). Trata-se de uma etapa na qual se produz um conjunto de alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e a tudo o que o rodeia (López & Fuentes, 1989). Além do alcançar da maturidade biológica e sexual, a adolescência caracteriza-se por dois outros aspectos fundamentais - a aquisição da autonomia e a criação de uma identidade própria (Deborah & Viner, 2005). Este período constitui assim a transição da dependência a todos os níveis, para a autonomia, ou seja, para a capacidade de tomar decisões de acordo com o que é melhor para si e para os outros, a curto e a longo prazo, de assumir as consequências dessas decisões, e de resolver os problemas que vão surgindo nas diversas áreas da vida. A criação de uma identidade própria implica descobrir modelos que à partida se pensam diferentes dos mais próximos (pais, irmãos mais velhos) e encontrar os valores que irão reger todos os aspectos da vida e todas as dimensões da pessoa.

A sexualidade, tal como a afectividade, a sensibilidade, a criatividade ou a espiritualidade, é uma dimensão do ser humano que embora presente desde o nascimento, tem que ser educada ao longo de toda a vida, implicando uma aprendizagem e um trabalho constantes (Puerto, 2009). A sexualidade é a forma como cada ser humano se relaciona consigo e com os outros pelo facto de ser homem ou mulher. De acordo com uma publicação da OMS "A sexualidade humana forma parte integrante da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. É uma energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e portanto, a saúde física e mental " (Langfeldt & Porter, 1986). É pois, algo muito mais abrangente do que a genitalidade. Já Masters, Johnson e Kolodny (1987) faziam esta distinção entre acto sexual, manifestação de carácter essencialmente genital, e comportamento sexual, compreendendo não só o acto sexual mas todo o sistema de valores, atitudes e condutas relativos à sexualidade. A sexualidade consiste na expressão e comunicação de pensamentos e sentimentos através de um corpo sexuado, implicando componentes cognitivos, emocionais, relacionais, éticos e até jurídicos e por isso mesmo pode ser abordada numa vertente biológica, clínica, psicológica, ética, historico-cultural, social e legal (Puerto, 2009). Trata-se pois de um conceito complexo e de difícil abordagem, a qual requer o contributo de diferentes áreas como a medicina, a psicologia, a sociologia, a antropologia, o direito e a ética.

Na adolescência, e como resultado das profundas alterações fisiológicas que a caracterizam, o indivíduo adquire e sente-se com um novo corpo sexuado, com novas possibilidades e

necessidades sexuais e surgem impulsos e sensações que levam a uma atracção e a comportamentos de cariz sexual (López & Fuertes, 1989).

Nas últimas décadas, particularmente no mundo ocidental, e como consequência da melhoria das condições de higiene, de saúde e de nutrição, a puberdade tem vindo a surgir cada vez mais cedo - a idade média da menarca no início do séc. XX era de 15 anos, situando-se actualmente por volta dos 12 anos nos países desenvolvidos (Fritz & Speroff, 2011). Pelo contrário, a maturidade a todos os outros níveis - afectivo, social, económico - surge cada vez mais tarde, em parte como resultado de uma escolaridade que se tem vindo a prolongar mas também pela dificuldade crescente em alcançar a independência económica. Assiste-se assim hoje em dia a uma enorme discrepância entre maturidade física e maturidade e autonomia a todos os outros níveis.

A antecipação da idade da menarca parece ser um dos factores mais directamente relacionado com a antecipação da idade de início da vida sexual embora outros factores estejam implicados, como referiremos adiante. Se a puberdade surge mais cedo, a realidade é que o cérebro humano nesta fase ainda não se encontra completamente desenvolvido. Diversas regiões no córtex do lobo frontal e no hipotálamo, importantes no auto-controlo, na capacidade de adiar a recompensa, na análise e apreciação do risco, não estão ainda completamente maduras. De acordo com alguns estudos, os sulcos cerebrais tornam-se cada vez mais complexos até aos 18/19 anos e o cérebro só está completamente maduro pelos 25 anos (Casey, Rebecca, & Todd, 2008).

O início da vida sexual em idades muito jovens associa-se a menor conhecimento e percepção relativamente aos riscos inerentes, a menor acesso a formas de prevenção dos mesmos, a menor capacidade para resistir a pressões e para negociar e também a uma curta duração dos relacionamentos, fruto da instabilidade emocional característica do início da adolescência, e consequentemente a um maior número de parceiros sexuais. Paralelamente, o uso inconsistente de métodos contraceptivos em geral e do preservativo em particular e a ocorrência de relações sexuais sob o efeito de drogas ou álcool, aumentam significativamente o risco de consequências negativas, como infecções sexualmente transmissíveis (IST), gestações não planeadas, interrupções voluntárias de gravidez (IVG) e abuso/violência nas relações, fazendo com que a sexualidade na adolescência seja considerada uma questão social e de saúde pública urgente (Reis, 2012). Os referidos factos, juntamente com duas características da adolescência – o sentimento de invulnerabilidade e a incapacidade de prever a médio e longo prazo as consequências das suas decisões e acções - explicam o facto de, nas sociedades ocidentais, a actividade sexual dos adolescentes constituir uma preocupação para pais e educadores.

Com o intuito de ilustrar a importância das situações acima citadas, quer a nível mundial quer nacional, é de referir que nos Estados Unidos mais de 40% dos adolescentes iniciam vida sexual antes dos 19 anos (Abma, Martinez & Copen, 2010, Eaton et al., 2012) e em

Portugal 29% dos adolescentes do 10º ano referem já ter iniciado vida sexual, de acordo com os dados do Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Matos et al., 2010). A idade média de início da vida sexual em Portugal é de 15,5 anos (Fronteira, Oliveira da Silva, Unzeiting, Karro & Temmerman, 2009; Santos Ferreira & Reis Torgal, 2011) embora nos últimos anos se tenha vindo a verificar uma estabilização ou mesmo um ligeiro aumento desta idade, bem como uma estabilização na percentagem de jovens que referem já ter tido relações sexuais, no número dos que referem uso de contraceção hormonal na última relação sexual e no número dos que referem ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Verifica-se ainda, um aumento na utilização de preservativo na última relação sexual. (Matos et al, 2010, Ramiro, Reis, Matos & Diniz, 2013).

De acordo com os últimos dados da ONU, 7,3 milhões de adolescentes foram mães em 2012, sendo que destas, 2 milhões tinham menos de 15 anos. Isto significa que diariamente a nível mundial, cerca de 20.000 adolescentes são mães (UNFPA, 2013). Estes números são obviamente preocupantes, apesar de se ter vindo a verificar uma redução desde 2010, ano em que se registaram cerca de 15 milhões de crianças nascidas de mães adolescentes (WHO,2010). De acordo com dados publicados pela ONU em 2009, Portugal tem, entre os países da Europa, das mais elevadas taxas de fecundidade* na adolescência (16,5‰), surgindo em 8º lugar. No nosso país, os números do INE/Pordata (2013) referem uma diminuição da taxa de fecundidade entre os 15 e os 19 anos, de 2010 (14,5‰) para 2011 (13,3‰) e 2012 (12,2‰). Estes dados continuam no entanto a traduzir valores muito elevados e assim, a persistência de um grave problema de saúde pública.

Os dados relativos às interrupções voluntárias da gravidez a nível mundial, apontam para que 3,2 milhões de abortos são praticados por ano em condições de elevado risco para a mulher nos países em desenvolvimento (UNFPA, 2013; WHO, 2011). Em Portugal, e de acordo com os dados da DGS, o número de IVGs entre os 15 e os 19 anos parece estar a ter um lento decréscimo nos últimos anos: 2292 (11,38%) em 2010; 2274 (11,1%) em 2011 e 1998 (10,85%) em 2012 (DGS, 2011; DGS, 2012; DGS, 2013), correspondendo as percentagens à taxa de IVG na adolescência**.

***Taxa de fecundidade (‰)** – Nº de nados-vivos de mulheres de um determinado grupo etário, observada num determinado período de tempo, geralmente 1 ano civil, referido à população média de mulheres desse grupo etário nesse período (geralmente nº de nados-vivos por 1000 mulheres desse grupo etário). Para a taxa de fecundidade global são consideradas as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Para a taxa de fecundidade na adolescência são consideradas as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

****Taxa de IVG na adolescência (%)** – Número de IVGs realizadas por mulheres entre os 15 e os 19 anos em determinado período, geralmente um ano, relativamente a todas as IVGs realizadas nesse período.

Relativamente ao vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH), cerca de 35,3 milhões de pessoas encontram-se infectadas a nível mundial. Em 2012, 2,3 milhões de pessoas foram infectadas, sendo que cerca de 1/3 dos novos casos ocorreram em indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (UNAIDS, 2013). Em Portugal, o número total de indivíduos infectados a 31 Dezembro de 2012 era de 42580, sendo que a maioria (82,6%) dos indivíduos com SIDA têm idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos (CVEDT, 2013), ou seja, infectaram-se muito provavelmente na adolescência ou no início da idade adulta. Acresce que a maioria dos casos (44,6%) está associada à transmissão por via heterossexual, seguindo-se como factor de risco a toxicodependência (38,7%), e por último a homo/bissexualidade, tendo-se verificado um incremento na primeira forma de contágio, uma descida na segunda, e uma estabilização na última. Estes dados são tradutores de práticas sexuais de risco essencialmente entre os heterossexuais, o que é ilustrativo do muito trabalho que ainda há a fazer em termos de educação sexual.

O número real de casos de IST não é conhecido mas de acordo com o Global Sex Survey (2005), 8% dos jovens portugueses entre os 16 e os 20 anos já tiveram uma IST.

Não menos importantes são as pouco mencionadas e quantificadas sequelas psíquicas, resultantes de uma entrega física precoce (antes de se ter adquirido maturidade suficiente para uma decisão consciente e responsável), por vezes sob coação e frequentemente fora de um contexto afectivo e de um projecto de vida. Estes acontecimentos, mais frequentes nas raparigas, por vezes por receio de perderem o namorado, podem conduzir a perda da auto-estima, insucesso escolar, depressão, e a uma distorção e banalização desta dimensão tão importante e realizadora da pessoa (Braconnier & Marcelli, 2000; Bastos, 2001).

Efectivamente, vivemos um paradigma na sociedade ocidental actual – se por um lado se pretende a vivência de uma Sexualidade como valor positivo, como fonte de bem-estar e prazer, livre de culpabilidade ou vergonha, por outro lado todas as realidades citadas e suas consequências, implicam uma reflexão séria sobre o assunto. Urge compreender, no nosso tempo e na nossa realidade, quais os factores promotores e quais os factores protectores de comportamentos sexuais de risco na adolescência e quais as estratégias mais eficazes na promoção da saúde sexual dos adolescentes.

Estudos recentes mostram a influência protectora de práticas parentais positivas no desenvolvimento dos adolescentes, nomeadamente na área afectiva e sexual. Em particular uma comunicação aberta, com expectativas claras, transmissão de valores, supervisão positiva, conhecimento sobre os diversos aspectos da vida dos filhos e uma boa relação pais/filho, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco. (DeVore & Ginsburg, 2005; Coley, Medeiros & Schindler, 2008; de Graaf, Vanwesenbeeck, Woertman, Meijer, Meeus, 2010; Huang, Murphy & Hser, 2011; Tolma et al., 2011). De uma maneira geral, os jovens que têm maior supervisão, nomeadamente os que passam menos horas sozinhos,

têm menor probabilidade de iniciar vida sexual (Harris et al., 2007). Da mesma forma, as restrições parentais aos *media* com conteúdo sexual parecem constituir um factor protector relativamente ao início precoce da actividade sexual (Parkes, Wight, Hunt, Henderson & Sargent, 2013). Também o facto de estarem envolvidos nas actividades de uma comunidade religiosa, a influência positiva do grupo de pares e a existência de atitudes e convicções pessoais no sentido de adiar o início de vida sexual, são considerados factores protectores (Gray et al, 2008; O'Donnell, Myint, O'Donnell & Stueve, 2003; Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000).

Uma razão pela qual o início da actividade sexual em idades muito jovens tem sido apontado como um indicador de saúde, é a sua associação com outros factores de risco como consumo de substâncias ilícitas, problemas de saúde mental e mau desempenho escolar ou baixas expectativas académicas (Madvour, Farhat, Halpern, Godeau & Gabhaunn, 2010; Parkes, Wight, Henderson & Hart, 2007). Problemas comportamentais como o abuso de substâncias e a delinquência foram referidos como factores de risco para uma iniciação sexual em idades muito jovens (Gilliam, Berlin, Kosloski, Hernandez & Grundy, 2007; Valois, Oeltmann, Waller & Hussey, 1999).

Os resultados são mais controversos quando se avalia a influência do nível socioeconómico, nos comportamentos sexuais de risco. Alguns estudos apontam para uma associação entre melhor nível socioeconómico e menos comportamentos de risco (Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000) enquanto outros mostram uma associação inversa, ou seja promotora de comportamentos de risco, nomeadamente por um aumento do consumo de substâncias ilícitas (Simontin, Kern, Kuzman & Pfortner, 2013; Sanchez et al., 2011; Johnson & Tyler, 2007).

A escola é o local onde os jovens passam, em regra, a maior parte do seu tempo. Sendo (ou devendo ser) um espaço particularmente vocacionado para a formação e educação e tendo a grande vantagem de reunir diversas áreas do saber, a escola torna-se também um espaço privilegiado para a promoção da saúde em geral e da saúde sexual em particular, até porque é nestas idades que um número significativo de jovens irá iniciar a sua vida sexual. Está demonstrada a eficácia dos programas de educação sexual em meio escolar, sempre em articulação com a família, sobretudo daqueles que não são apenas voltados para a promoção da abstinência mas antes para a promoção da sexualidade como um valor holístico, tentando promover a saúde sexual (Kirby, 2002; Kohler, Manhart & Lafferty, 2008; Stanger-Hall, 2011; Vivancos, Abubakar, Phillips-Howard & Hunter, 2013; Chin et al., 2012; Ramiro, Matos & Reis, 2013; UNESCO, 2010) e entendendo saúde sexual na amplitude da definição da OMS – “ um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade, ... não consiste só numa ausência de doença ou disfunção. A saúde sexual precisa de uma abordagem positiva e respeitadora perante a sexualidade e as relações sexuais, bem como perante a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coação, de discriminação e/ou violência. A fim de atingir e manter a saúde sexual,

os direitos humanos de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e assegurados” (WHO, 2006).

Em Portugal, apesar de ter sido anteriormente publicada alguma legislação, só em 2009 foi determinada, através da lei nº 60, e posteriormente da Portaria nº 196-A de 2010, a obrigatoriedade da educação sexual nas escolas.

Se os jovens possuírem informação, motivação e competências, podem mudar as suas atitudes e ulteriormente os seus comportamentos (Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2013b). É este o objectivo da educação sexual – capacitar e responsabilizar os indivíduos para as escolhas relacionadas com a saúde sexual, ajudando-os a desenvolver competências a nível afectivo-sexual de tomada de decisão, de assertividade e negociação, e ainda de resolução de problemas, por forma a terem um papel activo no controlo da sua saúde sexual, incrementando a prática de comportamentos sexuais seguros, vividos com bem-estar e prazer (Menard & Offman, 2009; Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009). Na prática, os educadores devem conhecer e saber comunicar com grupos com características específicas, procurando acompanhar as rápidas mudanças que se têm vindo a verificar na nossa sociedade.

Os programas de educação sexual são habitualmente idênticos e transmitidos conjuntamente a jovens de ambos os sexos. No entanto, homens e mulheres são diferentes do ponto de vista genético, físico, psicológico e emocional e a estas diferenças alia-se uma culturalidade que impõe fortemente alguns padrões de género, inclusivamente a nível de atitudes e comportamentos sexuais. Estes factos levaram à construção e aceitação de um duplo padrão sexual, isto é, de um padrão sexual assimétrico para homens e mulheres. O conceito de duplo padrão sexual foi criado por Reiss (1964), para se referir a um conjunto de normas sociais que potencialmente conduzem a comportamentos sexuais diferenciados para cada um dos géneros, habitualmente com a promoção e permissividade da sexualidade masculina e a desvalorização da liberdade sexual feminina. Este duplo padrão pode limitar uma verdadeira igualdade de valor, de direitos e de responsabilidade entre os sexos. A investigação realizada sobre a sexualidade dos jovens e das mulheres tem também acentuado a importância do duplo padrão sexual nos comportamentos sexuais de risco (Nogueira, Saavedra & Costa, 2008; Marques, 2011) e a necessidade de uma abordagem, em termos de educação sexual, diferenciada por género (Rodrigues & Vilaça, 2011; Ramiro, Reis, Matos & Diniz, 2011).

De facto, vários estudos mostram diferenças entre rapazes e raparigas relativamente a vários comportamentos sexuais como idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais, utilização de medidas contraceptivas ou relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, com os rapazes apresentando mais comportamentos de risco (Matos et al., 2010). Estas diferenças de comportamento provêm possivelmente de factores genéticos e biológicos,

bem como de uma transmissão diferente de expectativas, valores e atitudes a rapazes e raparigas.

Até agora temos estado a avaliar a sexualidade com base em comportamentos, ou seja em acções, neste caso em relação a outrem. Na realidade, nos estudos relativos à sexualidade é frequente a sua redução a comportamentos. Este facto, embora muito limitativo desta dimensão, permite uma melhor objectivação e quantificação e portanto também uma mais fácil avaliação numérica. Segundo algumas revisões da literatura, os comportamentos sexuais têm sido os indicadores mais utilizados nos estudos nesta área, (Kirby, Laris & Rolleri, 2007; UNESCO, 2010).

No presente estudo, procuramos também caracterizar as atitudes face à sexualidade deste grupo de adolescentes. Uma atitude é uma expressão, a favor ou contra, relativamente a uma pessoa, um local, uma coisa, um acontecimento ou um comportamento (Ajzen, 2005; Eagly & Chaiken, 1995). As atitudes são adquiridas e aprendidas ao longo da vida no processo de socialização, primeiro moldadas pelos pais, mais tarde pelo grupo de pares e finalmente pelo meio envolvente. Assim, elas são mutáveis com a experiência, embora tendam a cristalizar com a idade (Ajzen, 2001). As atitudes podem ser conscientes ou inconscientes, racionais ou irracionais e são influenciadas pela inteligência, pela auto-estima, pela forma como o objecto de avaliação é apresentado, pelos conhecimentos e pelos valores, entre outros. Para avaliação das atitudes, podem ser utilizadas medidas ou escalas explícitas, como seja auto-avaliação por questionário de resposta directa (bom-mau, favorável-desfavorável) ou por escalas de Likert, ou ainda por medidas implícitas, nas quais são utilizadas avaliações indirectas da atitude. Estas últimas permitem ultrapassar o facto de um indivíduo querer dar uma resposta socialmente mais aceitável (Fazio & Olson, 2003).

A implicação das atitudes nos comportamentos constitui um campo importante de investigação na área da Psicologia desde há vários anos. Ambos, atitudes e comportamentos, têm origem em esquemas complexos que envolvem aspectos culturais, relacionais e psicológicos. Além das atitudes, também aspectos biológicos, afectivos, as normas sociais, o controlo, a motivação e as competências, vão influenciar os comportamentos (López & Fuertes, 1989; Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2013a). No entanto, o estudo das atitudes face à sexualidade é importante porque estas constituem uma predisposição para emitir opiniões, sentir e actuar face a objectos sexuais, situações e pessoas, normas ou costumes sociais e condutas sexuais (López & Fuertes, 1989; López, 2005).

O tema desta investigação são as atitudes e comportamentos sexuais na adolescência, mais concretamente num grupo de adolescentes com características próprias – estudantes de um colégio privado de Lisboa.

De acordo com tudo o que foi atrás mencionado, parece demonstrado que a ocorrência de comportamentos sexuais de risco depende de muitas variáveis, relacionadas com o tipo de família (em termos de supervisão, diálogo e nível sociocultural), com o ambiente escolar, com a existência ou não de formação e informação na área da sexualidade, com a existência de outros comportamentos de risco e com as convicções religiosas, entre outras.

Dado que a esmagadora maioria, se não a totalidade, dos trabalhos publicados em Portugal têm como população-alvo adolescentes que frequentam escolas públicas, e que muitos dos factores promotores e protectores de comportamentos sexuais de risco, acima mencionados, podem diferir entre alunos do ensino público e privado, pareceu-nos premente, face à falta de conhecimento em relação ao tema, avaliar atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes de um colégio privado.

Este é, de acordo com a pesquisa efectuada, um estudo pioneiro em Portugal sobre sexualidade na adolescência no âmbito do ensino privado.

Assim, os **objectivos** deste estudo são:

1. Conhecer a realidade, em termos de comportamentos e atitudes sexuais, dos adolescentes de um colégio privado de Lisboa. Nos comportamentos sexuais avaliámos: idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, uso de contracepção em geral e do preservativo em particular, relações sexuais sob influência de álcool ou drogas. Nas atitudes sexuais avaliámos itens relacionados com a permissividade, a responsabilidade, a comunhão e a instrumentalidade.
2. Verificar se existem diferenças de género nas atitudes e comportamentos sexuais dos referidos adolescentes.
3. Comparar os comportamentos sexuais dos adolescentes da população em estudo com os comportamentos sexuais dos adolescentes de uma amostra nacional (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC).

Espera-se que através dos resultados obtidos se possa: conhecer a realidade relativamente a comportamentos e atitudes sexuais nesta população, por forma a sobre ela intervir da forma mais eficaz no sentido de promover a saúde sexual; avaliar se é necessário investir numa educação sexual diferenciada para rapazes e raparigas com vista a uma vivência mais igualitária, mais responsável e mais saudável da sexualidade na adolescência; perceber se as características inerentes a um colégio privado condicionam maior ou menor número de comportamentos sexuais de risco, abrindo caminhos para futuros estudos sobre quais as razões para eventuais diferenças encontradas.

Capítulo 2 | METODOLOGIA

2.1 | POPULAÇÃO

Este estudo incidiu sobre uma população de 385 adolescentes de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, que frequentavam o 9º, 10º, 11º e 12º anos de escolaridade do Externato Marista de Lisboa no ano lectivo de 2012/2013, sendo o número total de alunos do 9º ano e do ensino secundário no referido ano lectivo, de 446.

2.2 | PROCEDIMENTO

Foi estabelecido um contacto pessoal prévio com a direcção do Externato, com o intuito de expôr o âmbito e objectivos do estudo, de dar a conhecer o questionário a aplicar e de solicitar autorização para a aplicação do mesmo. Uma vez obtida esta autorização foram enviadas cartas aos encarregados de educação de todos os alunos do 9º ano e do ensino secundário, com uma breve explicação sobre os objectivos do trabalho, solicitando autorização para a participação dos seus educandos (Anexo – Doc. 1).

Este trabalho foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria/ Faculdade de Medicina de Lisboa, pela qual foi aprovado (Anexo – Doc. 2).

O estudo foi realizado com carácter transversal, tendo o questionário sido aplicado num único momento a cada aluno. A aplicação dos questionários decorreu na semana de 3 a 7 de Junho de 2013, foi efectuada por turma, na sala de aula, e na presença exclusiva do investigador. Foi solicitada a participação voluntária de todos os alunos de cujos encarregados de educação tinha sido obtida autorização, explicando o objectivo do estudo. Com vista a proteger o anonimato dos participantes, nenhuma informação acerca da identidade foi colocada nos questionários. A confidencialidade foi também garantida. A duração do preenchimento do questionário do presente estudo foi de cerca de 30 minutos. As dúvidas foram esclarecidas individualmente.

2.3 | INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para recolha dos dados, um questionário com um total de 8 páginas, é parte do questionário do estudo HBSC /OSYS, o qual está validado para a população portuguesa com idades correspondentes às da população em estudo (Anexo-Doc.3).

Para caracterização da população foram incluídas questões sobre variáveis demográficas e sociais como idade, género, ano de escolaridade, características do agregado familiar e religião.

Para avaliação das atitudes sexuais, utilizámos a versão portuguesa (Rosa & Baptista, 1998) da escala “ Sexual Attitudes Scale” (Hendrick & Hendrick, 1987), adaptada por Ramiro, Reis e Matos (2012) (documento 3 em anexo). Esta escala é composta por 19 itens de auto-avaliação, com formato de resposta tipo Likert, de 1 - concordo totalmente com a afirmação, a 5 - discordo totalmente com a afirmação, ou seja com uma pontuação que varia entre 19 e 95. São contempladas 4 sub-escalas: a permissividade - avalia atitudes face ao sexo ocasional, sem compromisso; a responsabilidade - revela a capacidade de se assumir conscientemente a nível de comportamentos sexuais, nomeadamente na área da contraceção; a comunhão - referente à relação sexual como envolvimento emocional, existindo algo para além da relação física e a instrumentalidade - referente ao sexo utilitário e focado no prazer genital (Rosa & Baptista, 1998; Matos, Ramiro, Reis & Equipa Aventura Social, 2013).

Para avaliação dos comportamentos sexuais foram utilizados alguns itens do questionário HBSC 2010/OSYS (Matos et al., 2010; Currie, et al., 2004; Roberts et al. 2007) tais como: idade de início da actividade sexual, ocorrência de relações sexuais sob o efeito de droga ou álcool e utilização de preservativo e de outros métodos de contraceção na primeira e na última relação sexual. Para avaliar a importância dos pais e da escola na educação sexual foram também utilizadas algumas perguntas destes questionários. O “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) é um projecto desenvolvido em colaboração com a OMS que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas (<http://www.hbsc.org/>). Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e pouco tempo depois foi adoptado pela OMS. Actualmente conta com 43 países europeus e da América do Norte. Portugal foi integrado em 1996 e é membro associado desde 1998. No último inquérito do HBSC (2010), foram seleccionadas 139 escolas públicas de ensino regular de todo o país, incluindo um total de 5050 alunos do 6º, do 8º e do 10º ano. O OSYS (Online Study of Young People’s Sexuality) é uma extensão do estudo HBSC em Portugal com um foco especial na área da sexualidade. O OSYS tem como objetivo estudar aprofundadamente os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relativos à sexualidade nos jovens portugueses entre os 13 e os 21 anos. Optámos pela utilização destes questionários por serem questionários validados em português, um deles de âmbito internacional mas com expressividade nacional, permitindo assim uma comparação da população em estudo, com características particulares, com uma amostra nacional representativa.

O presente estudo foi comparativo, na medida em que avaliou diferenças de género quanto às atitudes face à sexualidade e quanto aos comportamentos sexuais, e porque comparou a população de adolescentes de uma escola privada com a amostra nacional do estudo HBSC, relativamente a alguns comportamentos sexuais.

2.4 | ANÁLISE E FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise e procedimentos estatísticos foram efectuados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 21 para Windows).

Para a análise dos dados foi utilizada uma estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens para variáveis nominais, e das médias e desvios-padrão (SD) para variáveis contínuas.

Para estudar as diferenças entre géneros, efectuou-se o teste de Qui-quadrado (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados para localização dos valores significativos e utilizou-se o teste de T-student para amostras independentes (estudo das diferenças entre médias). Considerou-se um nível de significância de 5%. Nas situações em que se constatou um número reduzido de casos em algumas células, optou-se por apresentar o número de casos em substituição da percentagem.

Os dados são apresentados do seguinte modo:

- 1) Gráficos e quadros com os números e as percentagens de resposta a cada questão [em que a(s) opção(ões) com a(s) maior(es) percentagem(ns) de resposta é (são) apresentada(s) a negrito].
- 2) Quadros comparativos, em que os valores com residuais ajustados iguais ou superiores a 1.9 em módulo e “p” significativo são apresentados a negrito.

Capítulo 3 | RESULTADOS

3.1 | CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Os 385 adolescentes desta população encontram-se distribuídos em percentagem semelhante no que se refere ao género (tabela1).

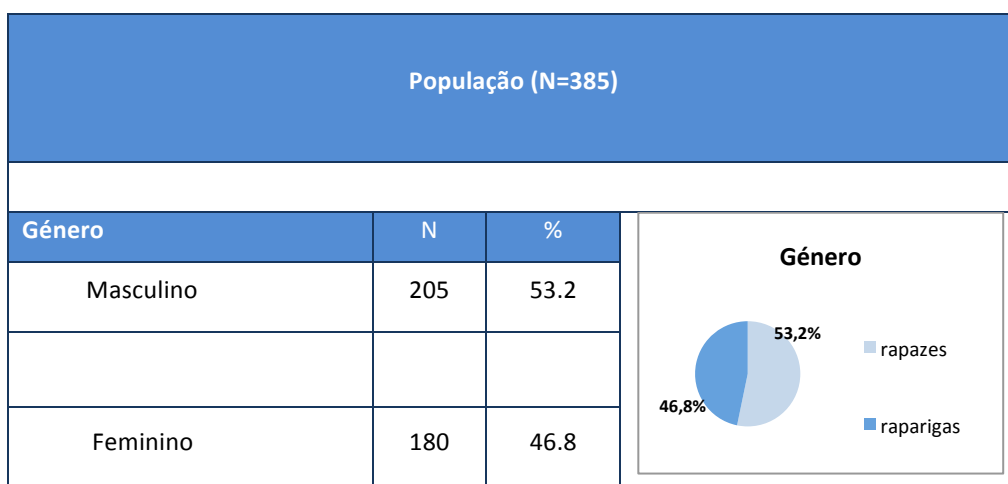


Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população. Distribuição por género.

A idade varia entre os 14 e os 19 anos, com uma média de 15,8 anos. Pelo facto de existirem apenas 4 rapazes com 19 anos, optou-se por agrupá-los com os de 18 anos (tabela 2). Frequentam entre o 9º e o 12º ano de escolaridade (tabela 3).

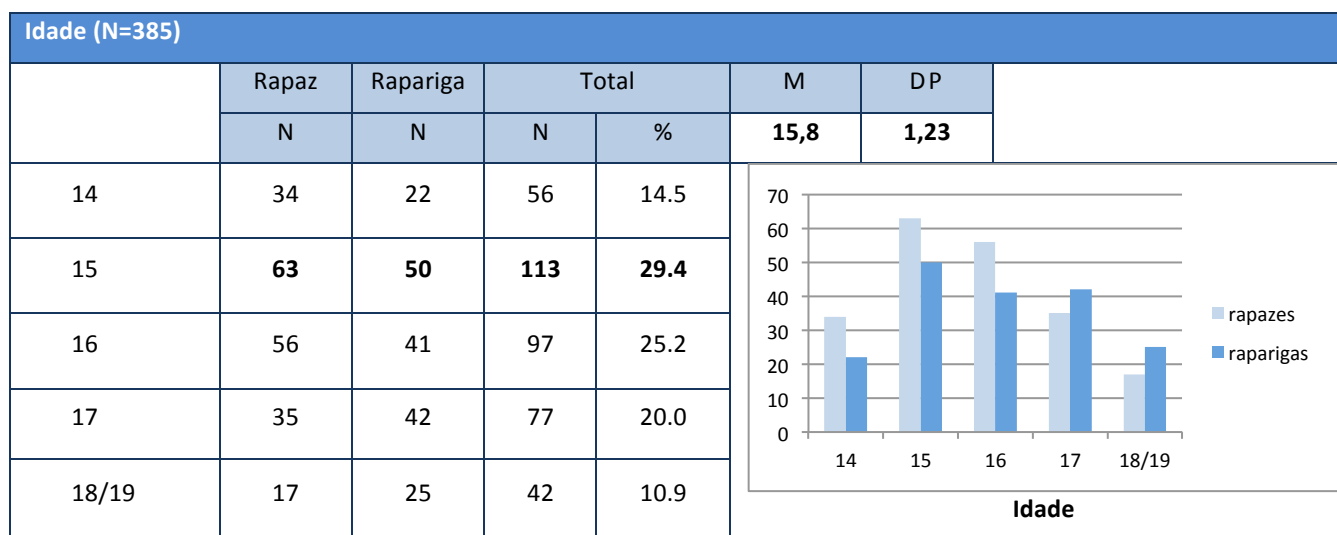


Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da população. Distribuição por género e idade.

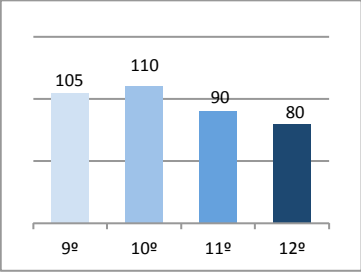
Ano de escolaridade (N=385)			
	N	%	<p>Ano de escolaridade</p> 
9º	105	27.3	
10º	110	28.6	
11º	90	23.4	
12º	80	20.8	

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da população. Distribuição por ano de escolaridade.

A grande maioria (99,5%) dos alunos é de nacionalidade portuguesa (tabela 4).

Nacionalidade (N=385)		
	N	%
Portuguesa	383	99.5
Outra	2	0.5

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da população. Distribuição por nacionalidade.

No que diz respeito à religião, a maioria dos jovens afirma-se católica e também a maioria refere que a religião tem importância na sua vida, com uma preponderância estatisticamente significativa para as raparigas (tabelas 5 e 6).

Religião (N=383)		
	N	%
Católica	311	81.2
Outra	7	1.8
Nenhuma	65	17,0

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da população. Distribuição por religião.

A religião tem importância na tua vida? (N=381)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	127	62,6	136	76,4	263	69,0	8,501	0,004
Não	76	37,4	42	23,6	118	31,0		

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica da população. Importância da religião. Diferenças entre géneros.

Oitenta por cento dos adolescentes deste estudo vivem com o pai e com a mãe (tabela 7).

Com quem vives? (N=384)		
	N	%
Pai e Mãe	309	80.5
Pai	10	2.6
Mãe	58	15.1
Guarda conjunta	4	1.0
Outro familiar	3	0.8

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da população. Pessoa (s) com quem vivem.

No respeitante à profissão dos pais, cerca de 85% das mães e de 90% dos pais têm profissões que exigem bacharelato ou licenciatura.

3.2 | OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

Quanto à percepção dos filhos relativamente ao conhecimento que pelo menos um dos pais tem sobre diversos aspectos das suas vidas, verificamos que os jovens acham que o maior interesse dos pais recai sobre o seu desempenho académico, sem diferença entre géneros. Um terço dos jovens tem a percepção de que os pais sabem pouco ou nada sobre o que faz nos tempos livres ou onde gasta o dinheiro. Existe uma diferença estatisticamente significativa entre géneros na percepção relativamente ao conhecimento que os pais têm sobre quem são os amigos, onde está depois da escola, como ocupa os tempos livres, onde gasta o dinheiro e onde sai à noite, com as raparigas a terem a percepção de um muito maior conhecimento nestes aspectos por parte dos pais (tabela 8).

Quanto é que os filhos acham que os pais sabem realmente sobre...								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Quem são os amigos (N=384):							23,248	0,000
Muito	135	66,2	157	87,2	292	76		
Pouco/Nada	69	33,8	23	12,8	92	24		
Onde está depois da escola (N=382):							4,565	0,033
Muito	145	71,8	146	81,1	291	76,2		
Pouco/Nada	57	28,2	34	18,9	91	23,8		
Ocupação dos tempos livres (N=383):							5,008	0,025
Muito	115	56,7	122	67,8	237	61,9		
Pouco/Nada	88	43,4	58	32,2	146	38,1		
Aproveitamento escolar (N=384):							2,623	0,105
Muito	175	85,8	164	91,1	339	88,3		
Pouco/Nada	29	14,2	16	8,9	45	11,7		
Onde gasta o dinheiro (N= 383)							4,624	0,032
Muito	128	63,1	132	73,3	260	67,9		
Pouco/Nada	75	36,9	48	26,7	123	32,1		
Onde sai à noite (N= 374)							12,559	0,000
Muito	144	72,7	154	87,5	298	79,7		
Pouco/Nada	54	27,3	22	12,5	76	20,3		

Tabela 8 – Percepção dos filhos sobre o grau de conhecimento dos pais sobre diversos aspectos das suas vidas. Diferenças entre géneros.

A grande maioria dos pais (93,8%) faz algum tipo de actividade (ida a um espectáculo, jantar fora, etc.) com os seus filhos.

Verificamos também que a maioria dos jovens se considera bom em termos de aproveitamento escolar e feliz em relação à vida, sem diferenças entre géneros (tabelas 9 e 10).

Considero-me um aluno (N=384):								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	0,687	0,953
Muito bom	31	15,2	30	16,7	61	15.9		
Bom	110	53,9	101	56,1	211	54.9		
Suficiente	58	28,4	45	25	103	26.8		
Insuf/Mau	5	2,5	4	2,3	9	2.3		

Tabela 9 - Auto-avaliação acerca do desempenho escolar. Diferenças entre géneros.

Sentimento em relação à vida (N=380):								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1,929	0,587
Muito feliz	43	21,4	33	18,4	76	20		
Feliz	130	64,7	126	70,4	256	67.4		
Pouco feliz	25	12,4	19	10,6	44	11.6		
Infeliz	3	1,5	1	0,6	4	1.1		

Tabela 10 - Sentimento em relação à vida. Diferenças entre géneros.

Relativamente à educação sexual, apenas um pouco mais de metade dos adolescentes da nossa população refere conversar com os pais sobre temas relacionados com a sexualidade (incluindo importância dos afectos, relacionamentos/namoro, contracepção e infecções sexualmente transmitidas). Verifica-se que os pais conversam mais sobre estes temas (com uma diferença estatisticamente significativa) com as filhas do que com os filhos (tabela 11).

Conversas com os pais sobre questões relacionadas com a sexualidade (N=381):								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	15,316	0,000
Sim	87	43,3%	114	63,3%	201	52.8		
Não	114	56,7%	66	36,7%	180	47.2		

Tabela 11 - Diálogo com os pais sobre sexualidade. Diferenças entre géneros.

Oitenta e dois por cento dos jovens dizem ter tido educação sexual na escola. A maioria destes (64,1%) afirma que a escola contribuiu pouco para a sua formação nesta área e 22% referem que a escola contribuiu muito. No entanto, a maioria (83%) menciona ter ficado esclarecida ou muito esclarecida relativamente aos temas abordados e 75% dos jovens afirmam sentir-se devidamente informados em relação a esta temática. Não se verificaram diferenças relativamente ao género (tabela 12).

Educação Sexual (ES) na escola								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Os Professores abordaram (N=384)							0,043	0,836
Sim	170	82,9	147	82,1	317	82,6		
Não	35	17,1	32	17,9	67	17,4		
Papel da escola na ES (N=384)							0,808	0,668
Não contribuiu nada	28	13,7	25	14,0	53	13,8		
Contribuiu pouco	128	62,4	118	65,9	246	64,1		
Contribuiu muito	49	23,9	36	20,1	85	22,1		
Relativamente aos temas abordados, ficaste (N=382):							6,826	0,078
Nada esclarecido	9	4,4	2	1,1	11	2,9		
Pouco esclarecido	25	12,3	27	15,1	52	13,6		
Esclarecido	143	70,4	136	76,0	279	73,0		
Muito esclarecido	26	12,8	14	7,8	40	10,5		
Sentes-te devidamente informado/a (N=385):							0,962	0,327
Sim	157	76,6	130	72,2	287	74,5		
Não	48	23,4	50	27,8	98	25,5		

Tabela 12 - Opinião sobre a Educação Sexual (ES) na escola. Diferenças entre géneros.

3.3 | COMPORTAMENTOS SEXUAIS

No presente estudo, 26,9% dos inquiridos afirmam já ter iniciado vida sexual, com proporção semelhante de rapazes e de raparigas. Destes 101 jovens, 12 referem não ter tido relações sexuais vaginais (coito) e cerca de 2/3 assinalam ter tido relações sexuais orais (tabela 13).

Já alguma vez tiveste relações sexuais? (N=376)						
	Rapaz		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	52	26.1	49	27.7	101	26.9
Não	147	73.9	128	72.3	275	73.1
(N=101):						
	Rapaz (N=52)		Rapariga (N=49)		N	%
Sexo vaginal	44	84.6	45	91.8	89	88.1
Sexo anal	9	17.3	5	10.2	14	13.9
Sexo oral	33	63.5	33	67.3	66	65.3

Tabela 13 - Relações sexuais entre os jovens: existência e tipos. Diferenças entre géneros.

O número de jovens que afirma já ter tido relações sexuais é crescente à medida que a idade e a escolaridade aumentam. A idade mínima de início de vida sexual foi de 12 anos e a idade máxima de 18 anos, com média de 15,5 anos e moda de 16 anos. Cinquenta e três por cento dos rapazes e 38,4% das raparigas referem ter iniciado vida sexual antes dos 16 anos (tabelas 14 e 15).

Dos jovens do 10º ano, 22,2% (n=24), referem já ter iniciado vida sexual (29,8% rapazes e 13,7% raparigas).

Jovens que referem já ter tido relações sexuais (N=101)									
Ano de escolaridade	9º		10º		11º		12º		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	7	6,9%	24	23,8	25	24,8%	45	44,6%	101

Tabela 14 - Relações sexuais. Distribuição por ano de escolaridade.

Idade da primeira relação sexual (jovens que referem já ter tido relações sexuais) (N=98)									
Idade	12	13	14	15	16	17	18	M	DP
Rapaz	1 (2%)	3 (5,9%)	7 (13,7%)	16 (31,4%)	14 (27,5%)	9 (17,6%)	1 (2%)	15,37	1,26
Rapariga	0	2 (4,3%)	6 (12,8%)	10 (21,3%)	18 (38,3%)	10 (21,3%)	1 (2,1%)	15,66	1,15
TOTAL	1	5	13	26	32	19	2	15,51	1,21

Tabela 15 - Idade da 1ª relação sexual. Diferenças entre géneros.

Dois jovens, um rapaz e uma rapariga, ambos de 17 anos, um do 11º e outro do 12º ano, dizem ter-se sentido pressionados para ter relações sexuais.

Verificamos que os jovens que referem que a religião tem importância na sua vida e os que referem ter recebido educação sexual na escola com menos frequência afirmam ter iniciado a sua vida sexual (tabelas 16 e 17).

(N=372)	Já tiveste RS ?							
A religião tem importância na tua vida?	Sim		Não		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	3,947	0,047
Sim	60	23,5	195	76,5	255	100		
Não	39	33,3	78	66,7	117	100		

Tabela 16 - Relação entre a importância da religião e o início da vida sexual

(N=375)	Já tiveste RS ?							
Os professores abordaram ES na escola	Sim		Não		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	9,757	0,002
Sim	74	23,7	238	76,3	312	100		
Não	27	42,9	36	57,1	63	100		

Tabela 17 - Relação entre ter tido ES na escola e o início da vida sexual

Dos jovens que tiveram relações sexuais vaginais, 95,5% usaram contraceção na primeira relação sexual, tendo sido o preservativo isolado o método mais usado. Apesar das raparigas referirem utilizar contraceção mais frequentemente do que os rapazes, essa diferença não foi estatisticamente significativa (tabelas 18 e 19).

A primeira vez RS – contracepção (jovens que referem ter tido RS vaginais) (N=88)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	40	93,0	44	97,8	84	95,5		
Não	3	7,0	1	2,2	4	4,5		

Tabela 18 – Utilização de contraceção na 1ª relação sexual. Diferenças entre géneros.

A primeira vez RS - contracepção – método utilizado (jovens que referem ter tido RS vaginais) (N=85)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Preservativo	37	90,2	41	93,2	78	91,8	0,242	0,622
Método hormonal	8	19,5	12	27,3	20	23,5	0,710	0,399
Espermicida	0	0	0	0	0	0		
Coito interrompido	0	0	3	6,8	3	3,5		

Tabela 19 - Método contraceptivo na 1ª relação sexual- Diferenças entre géneros.

Em relação à pessoa com quem tiveram a primeira relação sexual, em 86% dos casos foi com o namorado/a, em 9% com um/a amigo/a que conheciam bem. Todos os inquiridos que referem ter tido relações sexuais com um amigo/a que conheciam mal ou com uma pessoa que não conheciam (n=6), são rapazes (tabela 20).

A primeira vez RS – com quem (jovens que referem ter tido RS) (N=101)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Namorado/a	40	76,9	46	93,9	86	85,1	97,997	0,000
Amigo/a que conhecia bem	6	11,5	3	6,1	9	9,0		
Amigo/a que conhecia mal	4	7,7	0	0	4	4,0		
Desconhecido/relação ocasional	2	3,8	0	0	2	2,0		

Tabela 20 – Pessoa com quem tiveram a 1ª RS. Diferenças entre géneros.

Apenas um pouco mais de metade dos jovens afirma ter conversado com o seu/sua parceiro/a sobre prevenção de gravidez e prevenção de IST antes de iniciarem vida sexual, sendo que as raparigas referem ter conversado mais frequentemente, sem significado estatístico para questões sobre gravidez mas com significado estatístico no referente a infecções de transmissão sexual (tabelas 21 e 22).

Conversaste com o parceiro sobre prevenção de gravidez (jovens que referem ter tido RS) (N=100)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	27	52,9	30	61,2	57	57,0	4,434	0,109
Não	22	43,1	13	26,5	35	35,0		
Não sei/não me lembro	2	3,9	6	12,2	8	8,0		

Tabela 21 - Conversa com o/a parceiro/a sobre prevenção de gravidez antes de iniciarem RS. Diferenças entre géneros.

Conversaste com o parceiro sobre prevenção de IST (jovens que referem ter tido RS – N=99)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	8,993	0,011
Sim	26	51,0	30	62,5	56	56,6		
Não	25	49,0	13	27,1	38	38,4		
Não sei/não me lembro	0	0,0	5	10,4	5	5,1		

Tabela 22 - Conversa com o/a parceiro/a sobre prevenção de IST antes de iniciarem RS. Diferenças entre géneros.

Dos jovens que referem ter tido relações sexuais, 31,3% ficaram juntos durante 6 meses a 1 ano e 27% ficaram juntos durante mais de um ano. As raparigas parecem ter relações mais duradouras mas sem diferença estatisticamente significativa.

Cinquenta por cento (n=26) dos rapazes e 75% das raparigas (n=36) que afirmam ter tido relações sexuais, mencionam ter à data do inquérito um relacionamento amoroso que inclui relações sexuais.

Cerca de um terço destes jovens refere ter iniciado vida sexual entre 1 mês e 3 meses após o início do relacionamento amoroso (tabela 23).

Quanto tempo depois de terem iniciado o relacionamento tiveram RS (jovens que referem ter actualmente um relacionamento amoroso com RS) (N=61)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	3,777	0,582
Menos de 1 semana	0	0,0	2	5,6	2	3,3		
Entre 1 semana e 1 mês	4	16,0	4	11,1	8	13,1		
Entre 1 e 3 meses	11	44,0	10	27,8	21	34,4		
Entre 3 e 6 meses	4	16,0	9	25,0	13	21,3		
Entre 6 meses e um ano	5	20,0	10	27,8	15	24,6		
Não sei/não me lembro	1	4,0	1	2,8	2	3,3		

Tabela 23 - Período de tempo decorrido entre o início do relacionamento amoroso e a 1ª RS. Diferenças entre géneros.

Quanto ao sentimento em relação ao parceiro, as raparigas dizem mais frequentemente sentir-se apaixonadas enquanto os rapazes com maior probabilidade têm relações sexuais fora de um contexto afectivo (tabela 24).

Sentimento em relação ao parceiro/a (jovens que referem ter tido RS) (N= 77)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	4,495	0,343
Estás apaixonado/a	24	66,7	34	82,9	58	75,3		
Gostas dele/a	7	19,4	6	14,6	13	16,9		
Não sentes nada de especial	1	2,8	0	0,0	1	1,3		
Só sentes atracção física	3	8,3	1	2,4	4	5,2		
Outra	1	2,8	0	0,0	1	1,3		

Tabela 24 - Sentimento em relação ao parceiro sexual. Diferenças entre géneros.

Relativamente ao uso de preservativo, apenas 62,9% dos rapazes e 51,2% das raparigas mencionam usá-lo sistematicamente mas 66,7% dos jovens referem ter utilizado outro método contraceptivo, sem diferença entre géneros (88,7% método hormonal e 9,6% coito interrompido) (tabelas 25 e 26).

Uso do preservativo (jovens que referem ter tido RS) (N=76)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	3,963	0,411
Nunca usamos	4	11,4	2	4,9	6	7,9		
Usamos sempre	22	62,9	21	51,2	43	56,6		
Usamos às vezes	6	17,1	13	31,7	19	25,0		
Usámos no início e deixámos de usar	3	8,6	4	9,8	7	9,2		
Não usámos no início mas agora usamos	0	0,0	1	2,4	1	1,3		

Tabela 25 - Uso de preservativo nas RS. Diferenças entre géneros.

Uso de outros métodos contraceptivos (jovens que referem ter tido RS e usaram outro método que não o preservativo) (N=52)						
	Rapaz		Rapariga		Total	
	N	%	N	%	N	%
Método hormonal	19	86,4	28	90,3	47	88,7
Coito interrompido	0	0	5	16,1	5	9,6

Tabela 26 - Uso de outros métodos contraceptivos. Diferenças entre géneros.

Na última relação sexual, 96% dos jovens mencionam ter utilizado contracepção, sem diferença com significado estatístico entre rapazes e raparigas. O método mais utilizado continua a ser o preservativo que no entanto é utilizado com menor frequência relativamente à primeira relação sexual. Pelo contrário, os métodos hormonais são utilizados mais frequentemente do que na primeira relação sexual (tabelas 27 e 28).

Relativamente à última RS, usaram método contraceptivo? (jovens que referem ter tido RS vaginais) (N=82)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	36	94,7	43	97,7	79	96,3	0,517	0,472
Não	2	5,3	1	2,3	3	3,7		

Tabela 27 – Utilização de contracepção na última RS. Diferenças entre géneros.

Relativamente à última RS, que método contraceptivo usaram? (jovens que referem ter tido RS vaginais) (N=80)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Preservativo	31	83,8	33	76,7	64	80	0,616	0,433
Método hormonal	17	45,9	30	69,8	47	58,8	4,657	0,031
Espermicida	0	0	1	2,3	1	1,3		
Coito interrompido	0	0	3	7,0	3	3,8		

Tabela 28 – Método contraceptivo na última RS. Diferenças entre géneros.

Cinco adolescentes (5,2% do total), todos rapazes, referem ter tido relações sexuais com outra pessoa que não a sua namorada ($p < 0,05$).

O número de parceiros sexuais mencionado pelos jovens da população em estudo variou entre um e sete, sendo que a esmagadora maioria dos jovens tiveram um (67%) ou dois (22%) parceiros sexuais (tabela 29).

Considerando toda a tua vida, com quantas pessoas tiveste até agora RS (jovens que referem ter tido RS) (N=97)						
	Rapaz		Rapariga		Total	
Nº de parceiros	N	%	N	%	N	%
1	32	62,7	33	71,7	65	67,0
2	12	23,5	9	19,6	21	21,6
3	3	5,9	3	6,5	6	6,2
4	3	5,9	0	0,0	3	3,1
7	1	2,0	1	2,2	2	2,1

Tabela 29 - Nº de parceiros sexuais ao longo da vida. Diferenças entre géneros.

Quanto avaliamos as relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas verificamos que ocorreram com nove jovens (9%), sete rapazes e duas raparigas (tabelas 30 e 31).

RS associados ao consumo de álcool (jovens que referem ter tido RS) (N=100)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	3,630	0,057
Sim	6	11,8	1	2,0	7	7,0		
Não	45	88,2	48	98,0	93	93		

Tabela 30 - RS associadas ao consumo de álcool. Diferenças entre géneros.

RS associados ao consumo de drogas (jovens que referem ter tido RS) (N=99)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	0,323	0,570
Sim	2	4,0	1	2,0	3	3,0		
Não	48	96,0	48	98,0	96	97,0		

Tabela 31 – RS associadas ao consumo de drogas. Diferenças entre géneros.

Na população de adolescentes em estudo há referência a uma gravidez.

Quando avaliamos competências para recusar ter RS sem preservativo se o parceiro sexual não quiser ou para recusar ter RS se o próprio não o desejar, verificamos que os rapazes apresentam menor capacidade para esta recusa, com diferença estatisticamente significativa (tabelas 32 e 33).

Como te sentirias a recusar ter RS sem preservativo (N=315)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	9,279	0,002
Nada/pouco à vontade	56	35,2	31	19,9	87	27,6		
À vontade/muito à vontade	103	64,8	125	80,1	228	72,4		

Tabela 32 - Competência para recusar RS sem preservativo. Diferenças entre géneros.

Como te sentirias a recusar ter RS se não quiser (N=316)								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	11,844	0,001
Nada/pouco à vontade	47	29,4	21	13,5	68	21,5		
À vontade/muito à vontade	113	70,6	135	86,5	248	78,5		

Tabela 33 - Competência para recusar RS. Diferenças entre géneros.

3.4 | OUTROS COMPORTAMENTOS DE RISCO

Dada a associação descrita na literatura, procurámos caracterizar a nossa população relativamente a outros comportamentos de risco que não da esfera sexual, avaliando diferenças entre géneros.

Apesar dos números em diversas células serem inferiores a 5, não permitindo encontrar diferenças com significado estatístico, verificamos maior frequência de comportamentos de risco no género masculino, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de álcool e drogas e ao envolvimento em lutas (tabela 34).

Quantas vezes nos últimos 30 dias ...								
	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Fumaste cigarros (N=380)							2,225	0,527
Nenhuma vez	165	82.1	137	76.5	302	79.5		
Uma vez	12	6.0	16	8.9	28	7.4		
Algumas vezes	16	8.0	19	10.6	35	9.2		
Muitas vezes	8	4.0	7	3.9	15	3.9		
Bebeste álcool (N=380)							4,238	0,237
Nenhuma vez	102	50.7	97	54.2	199	52,4		
Uma vez	36	17.9	41	22.9	77	20.3		
Algumas vezes	56	27.9	38	21.2	94	24.7		
Muitas vezes	7	3.5	3	1.7	10	2.6		
Ficaste embriagado (N=380)							2,784	0,426
Nenhuma vez	179	88.6	164	92.1	343	90.3		
Uma vez	14	6.9	11	6.2	25	6.6		
Algumas vezes	8	4.0	3	1.7	11	2.9		
Muitas vezes	1	0.5	0	0.0	1	0.3		
Consumiste drogas (N=378):							6,092	0,107
Nenhuma vez	186	93.5	176	98.3	362	95.8		
Uma vez	5	2.5	2	1.1	7	1.9		
Algumas vezes	6	3.0	1	0.6	7	1.9		
Muitas vezes	2	1.0	0	0.0	2	0.5		
Estiveste envolvido em lutas (N=377):							14,276	0,001
Nenhuma vez	179	89.1	173	98.3	352	93.4		
Uma vez	10	5.0	3	1.7	13	3.4		
Algumas vezes	12	6.0	0	0.0	12	3.2		
Muitas vezes	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

Tabela 34 – Outros Comportamentos de risco. Consumo de tabaco, álcool e drogas e envolvimento em lutas. Diferenças entre géneros.

3.5 | ATITUDES SEXUAIS

Relativamente às atitudes face à sexualidade, os jovens apresentam uma média global de 63 pontos, numa escala (Breve Escala de Atitudes Sexuais) que varia entre os 19 e os 95 pontos, demonstrando assim atitudes consideradas positivas ou de abertura face à sexualidade. Avaliadas as atitudes face à vivência da sexualidade dos jovens no geral, em nenhum dos 4 domínios apresentam atitudes maioritariamente de extremo, à excepção da sub-escala relacionada com a responsabilidade.

Escala total das atitudes sexuais (N=359)				
	Mín	Máx	Média	SD
	41	88	63	7,6

Tabela 35 - Atitude geral dos jovens face à sexualidade

Em termos de **Permissividade**, isto é, atitudes face ao sexo ocasional ou sem compromisso, os resultados sugerem que estes jovens não têm frequentemente atitudes extremas, mostram alguma contradição e manifestam alguma dificuldade em emitir opinião, com muitas respostas intermédias – não concordo nem discordo (tabela 36).

PERMISSIVIDADE											
	Discordo completamente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
É possível ter RS sem estar comprometido com a pessoa	57	15	84	22	70	18,4	131	34,4	39	10,2	381
O acto sexual ocasional é aceitável	59	15,6	72	19	100	26,4	123	32,5	25	6,6	379
RS de uma só noite são por vezes muito agradáveis	62	16,3	73	19,2	142	37,3	80	21	24	6,3	381
É possível apreciar as RS sem gostar muito da pessoa	61	16	96	25,2	92	24,1	112	29,4	20	5,2	381
O sexo pelo sexo é perfeitamente correcto	93	24,5	121	31,8	113	29,7	42	11,1	11	2,9	380

Tabela 36 – Atitudes dos jovens face à sexualidade. Itens relacionados com a sub-escala Permissividade.

A sub-escala da **Responsabilidade** foi a única que mostrou grande número de respostas extremas, revelando estes adolescentes grande responsabilidade contraceptiva (tabela 37).

RESPONSABILIDADE											
	Discordo completamente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
A contracepção faz parte de uma sexualidade responsável	3	0,8	2	0,5	8	2,1	77	20,2	291	76,4	381
A mulher deve partilhar responsabilidade na contracepção	0	0	2	0,5	18	4,7	108	28,1	256	66,7	384
O homem deve partilhar responsabilidade na contracepção	1	0,3	0	0	15	3,9	99	25,8	269	70,1	384
A Educação Sexual é importante para os jovens	0	0	1	0,3	16	4,2	157	40,9	210	54,7	384

Tabela 37- Atitudes dos jovens face à sexualidade. Itens relacionados com a sub-escala Responsabilidade.

Em relação aos itens que se referem à **Comunhão sexual**, isto é, atitudes relativas ao sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica, os jovens demonstram ter dificuldade em emitir opinião, embora atribuam bastante importância ao relacionamento sexual (tabela 38).

COMUNHÃO											
	Discordo completamente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Um encontro sexual entre duas pessoas apaixonadas é a interacção humana mais perfeita	6	1,6	17	4,4	70	18,3	144	37,6	146	38,1	383
O orgasmo é a melhor experiência do mundo	13	3,4	47	12,5	203	53,8	90	23,9	24	6,4	377
No seu melhor, o sexo parece ser a fusão de duas almas	8	2,1	21	5,5	158	41,6	133	35	60	15,8	380
O sexo é uma parte muito importante da vida	0	0	13	3,4	85	22,3	21	55,2	73	19,1	382
O sexo é geralmente uma experiência intensa, quase perfeita	2	0,5	22	5,8	150	39,5	149	39,2	57	15	380

Tabela 38 – Atitudes dos jovens face à sexualidade. Itens relacionados com a sub-escala Comunhão.

Em relação à sub-escala **Instrumentalidade**, ou seja, sexo enquanto actividade destinada essencialmente à obtenção de prazer físico, verificam-se mais opiniões no sentido de não concordarem com a instrumentalização do outro ou neutras.

INSTRUMENTALIDADE											
	Discordo completamente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
O sexo é melhor quando o indivíduo se deixa levar e se concentra no seu próprio prazer	26	6,9	96	25,3	151	39,8	79	20,8	27	7,1	379
O sexo é fundamentalmente tirar prazer da interação com outra pessoa	38	10	93	24,4	116	30,4	110	28,9	24	6,3	381
O prazer individual é o objectivo principal do sexo	126	33,2	161	42,5	74	19,5	14	3,7	4	1,1	379
O sexo é basicamente físico	111	29,1	159	41,7	65	17,1	40	10,5	6	1,6	381
As RS são primeiramente uma função corporal como comer	89	23,2	149	38,9	110	28,7	28	7,3	7	1,8	383

Tabela 39 - Atitudes dos jovens face à sexualidade. Itens relacionados com a sub-escala Instrumentalidade.

Verificámos a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre géneros relativamente a todas as sub-escalas desta versão portuguesa da Escala de Atitudes Sexuais, sendo que os rapazes apresentam atitudes mais permissivas, de menor responsabilidade, de maior valorização da relação sexual e de maior instrumentalização do parceiro sexual (tabelas 40 e 41).

Escala das atitudes sexuais – diferenças entre géneros							
N=359							
	N	Min	Max	Média	SD	t	p
Masculino	191	49	88	65,670	7,17	7.361	0,00
Feminino	168	41	76	60,142	7,01		

Tabela 40 - Atitudes dos jovens face à sexualidade. Diferenças entre géneros no geral.

Sub-escalas das atitudes sexuais – diferenças entre géneros							
	N	Min	Max	Média	SD	t	p
Permissividade						9.477	0,000
Rapaz	200	5	25	15,88	4,11		
Rapariga	173	5	24	11,84	4,09		
Total	373	5	25	14,00	4,57		
Responsabilidade						3.224	0,001
Rapaz	201	10	20	18,19	1,88		
Rapariga	180	12	20	18,79	1,72		
Total	381	10	20	18,48	1,83		
Comunhão						3.098	0,002
Rapaz	198	11	25	18,79	2,90		
Rapariga	174	8	25	17,85	2,91		
Total	372	8	25	18,35	2,94		
Instrumentalidade						4.085	0,000
Rapaz	199	5	20	12,87	3,19		
Rapariga	178	5	19	11,60	2,80		
Total	377	5	20	12,27	3,08		

Tabela 41 - Atitudes dos jovens face à sexualidade. Diferenças entre géneros em cada sub-escala.

3.6 | COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL DO HBSC

O último objectivo do nosso trabalho consiste em comparar os dados da população em estudo (“Maristas”) com os dados de uma amostra nacional representativa (“HBSC”) no referente a comportamentos sexuais. Esta comparação foi efectuada apenas através de valores percentuais, uma vez que, de acordo com as normas subjacentes ao HBSC, as suas bases de dados não podem ser consultadas sem uma autorização internacional.

Apesar de serem apresentados quadros relativos às duas populações globais, a comparação entre os alunos do 10º ano é aquela que nos parece mais legítima, dado que estamos a incluir alunos de idades aproximadas. De facto, nas questões relacionadas com a sexualidade, o estudo HBSC inclui alunos do 8º e do 10º ano e o presente estudo inclui alunos do 9º ao 12º ano.

A percentagem de jovens do 10º ano que já iniciou actividade sexual foi superior no grupo do HBSC relativamente à amostra em avaliação. Quanto à idade aquando da 1ª relação sexual, verificamos que na amostra nacional (alunos do 10º ano que já iniciaram vida sexual) esta foi mais precoce do que no grupo em estudo (tabelas 42 e 43).

Já tiveste RS? (jovens do 10º ano) (HBSC N= 1900; Maristas N=110)		
	HBSC	Maristas
	%	%
Sim	29,0	22,2
Não	71,0	77,8

Tabela 42 – Comparação dos jovens do 10º ano da população em estudo com os jovens do 10º ano da amostra nacional. Início de vida sexual.

Idade da primeira RS (%) Alunos do 10º ano que referem já ter tido RS (HBSC N=542; Maristas N= 23)						
	≤11 anos		12-13 anos		≥ 14 anos	
	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga
HBSC	8,7	2,0	16,3	8,5	75,1	89,5
Maristas	0	0	18,8	0	81,2	100

Tabela 43 - Comparação dos jovens do 10º ano da população em estudo com os jovens do 10º ano da amostra nacional. Idade da 1ª RS.

Em ambos os estudos os rapazes iniciaram vida sexual mais cedo.

Quando comparada com a população do presente estudo, uma percentagem significativamente maior de jovens da amostra nacional teve relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Esta diferença inverte-se quando se comparam apenas os jovens do 10º ano de ambos os grupos, embora os números sejam muito pequenos (tabelas 44 e 45).

RS associadas ao consumo de álcool ou drogas (geral) (%) (HBSC N=693; Maristas N= 99)				
	Sim		Não	
	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga
HBSC	16,4	7,6	83,6	92,4
Maristas	7,0	2,0	93,0	98,0

Tabela 44 - Comparação da população em estudo com a amostra nacional. RS sob efeito de álcool ou drogas.

RS associadas a consumo de álcool ou drogas (jovens do 10º ano) (%) (HBSC N=542; Maristas N= 24)		
	Sim	Não
	%	%
HBSC	11,2	88,8
Maristas	16,7	83,3

Tabela 45 - Comparação dos jovens do 10º ano da população em estudo com os jovens do 10º ano da amostra nacional. RS sob efeito de álcool ou drogas.

Os jovens da amostra nacional usaram contracepção na primeira relação sexual mais frequentemente do que os jovens da população em avaliação. Quando comparamos estes resultados para os alunos do 10º ano verificamos maior utilização de preservativo e menor utilização de métodos hormonais e de coito interrompido nos estudantes maristas. Ainda avaliando a utilização de contracepção aquando da primeira relação sexual verificamos que em ambos os grupos, as raparigas referem mais frequentemente do que os rapazes a utilização de preservativo, observando-se a mesma tendência no grupo dos maristas relativamente ao uso de métodos hormonais (tabelas 46 e 47).

Contraceção na primeira RS (geral) (%) (HBSC N=748; Maristas N=101)								
	Preservativo		M. hormonal		Coito interrompido		Espermicida	
	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga
HBSC	91,9	96,2	38,2	36,6	14,8	16,7	2,7	0
Maristas	88,1	93,2	21,4	27,3	0	6,8	0	0

Tabela 46 - Comparação da população em estudo com a amostra nacional. Contraceção na 1ª RS.

Contraceção na primeira RS (jovens do 10º ano) (%) (HBSC N=542; Maristas N=24)				
	Preservativo	M. hormonal	Coito interrompido	Espermicida
HBSC	94,6	39,3	13,0	0,6
Maristas	100	31,6	0	0

Tabela 47 - Comparação dos jovens do 10º ano da população em estudo com os jovens do 10º ano da amostra nacional. Contraceção na 1ª RS.

Na última relação sexual, verificamos maior utilização de preservativo no grupo nacional e maior utilização de contraceção hormonal na população marista. Constatamos uma diminuição significativa no uso de preservativo para ambos os sexos e em ambos os grupos, com um aumento significativo no uso de métodos hormonais relativamente aos dados referentes à primeira relação sexual. As raparigas referem maior uso de contraceção hormonal do que os rapazes em ambos os grupos (tabela 48).

Contraceção na última RS (geral) (%) (HBSC N=716; Maristas N=101)								
	Preservativo		M. hormonal		Coito interrompido		Espermicida	
	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga	Rapaz	Rapariga
HBSC	81,4	84,1	48,2	58,5	7,9	16,7	3,3	1,9
Maristas	81,6	76,7	47,4	69,8	0	7	0	2,3

Tabela 48 - Comparação da população em estudo com a amostra nacional. Contraceção na última RS.

Quando comparamos apenas os jovens do 10º ano de ambos os estudos verificamos maior utilização de preservativo e menor utilização de métodos hormonais e coito interrompido pelos jovens dos maristas relativamente à amostra do HBSC (tabela 49).

Contraceção na última RS (jovens do 10º ano) (%) (HBSC=542; Maristas=24)				
	Preservativo	M. hormonal	Coito interrompido	Espermicida
HBSC	81,8	57,7	17,6	1,8
Maristas	94,1	47,1	0	0

Tabela 49 - Comparação dos jovens do 10º ano da amostra em estudo com os jovens do 10º ano da amostra nacional. Contraceção na última RS.

Capítulo 4 | DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como principais objectivos: conhecer as atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes de uma escola privada de Lisboa, verificar se existem diferenças de género nas atitudes e comportamentos sexuais desses adolescentes, e avaliar se os comportamentos sexuais da população em estudo diferem dos comportamentos sexuais de uma amostra nacional representativa (HBSC).

Este é, de acordo com a investigação efectuada, o único estudo desenvolvido em Portugal a incidir sobre este tipo de população. Na realidade, alguns estudos nesta área têm sido realizados, avaliando jovens de escolas públicas (Matos, 2010; Alves, 2010, Vaz, 2011) ou do ensino universitário (Antunes, 2005; Reis, 2012; Filipe, 2012).

4.1 | COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Relativamente aos comportamentos sexuais, a média de início da vida sexual na população estudada foi de 15,5 anos, com moda de 16 anos, o que é sobreponível ao descrito na literatura nacional. Quando avaliamos a percentagem de jovens que já iniciou vida sexual, verificamos que o valor encontrado na nossa população é inferior ao referido nalguns estudos (Fronteira, Oliveira da Silva, Unzeiting, Karro & Temmerman, 2009), próximo do apontado noutros (Santos Ferreira & Reis Torgal, 2011) e superior ao mencionado por outros autores (Vaz, 2011). Estes dados devem ser analisados com muita precaução, pois as populações estudadas apresentam diferenças no número de indivíduos incluídos, na média etária, na proporção rapazes/raparigas, na área geográfica em que vivem, factores estes que podem influenciar os resultados encontrados. Os estudos internacionais apontam para um início mais precoce de início de vida sexual quando comparados com os dados portugueses (Eaton, 2012; Puente, Diane et al, 2011).

Ainda que não fosse um dos objectivos primários do nosso trabalho, não podemos deixar de referir que na população em avaliação, os jovens para quem a religião tem importância, apresentam menor taxa de início de vida sexual. Este facto corrobora o já referido por outros autores que concluem que indivíduos com convicções e envolvimento religiosos, têm tendência a protelar o início da vida sexual, independentemente do credo professado (Gray et al. 2008; Vaz, 2011). Também os alunos que afirmam ter tido educação sexual na escola iniciaram vida sexual em menor percentagem do que os que negam aquele facto. Este dado reforça o que já é conhecido através da literatura - que programas de educação sexual abrangentes, isto é, que não se foquem apenas numa “batalha” pela abstinência mas que transmitam uma ideia da sexualidade como dimensão realizadora e integradora da pessoa, baseados em valores (como está previsto na lei portuguesa e como implementado na escola em estudo), levam a adiar o início da actividade sexual e a prevenir comportamentos sexuais

de risco (Kirby, 2002; Kohler, Manhart & Laffert, 2008; Stanger-Hall, 2011; Vivancos, Abubakar, Phillips-Howard & Hunter, 2013; Chin et al., 2012; Reis, 2012).

A grande maioria dos jovens que refere ter tido relações sexuais vaginais (95,5%) usou contracepção na primeira relação sexual, principalmente o preservativo (91,8%), vindo a contracepção hormonal em segundo lugar mas tendo sido utilizada apenas por 23,5% dos jovens. Estes resultados são superiores aos referidos noutros estudos nacionais (Vaz, 2011; Fronteira, Oliveira da Silva, Unzeiting, Karro & Temmerman, 2009), embora mais uma vez devam ser olhados com cuidado já que alguns trabalhos incluem todos os jovens, outros apenas os jovens com relações heterossexuais e outros apenas os que tiveram relações vaginais, tudo isto podendo obviamente fazer variar os resultados. Relativamente à última relação sexual, verifica-se uma incidência semelhante na utilização de contracepção mas com uma tendência ao abandono do uso do preservativo e ao incremento na utilização de contracepção hormonal. A modificação temporal no tipo de método contraceptivo utilizado está descrita noutros trabalhos e pode estar relacionada com a maior duração da relação (e assim, com o aumento de confiança no parceiro), levando ao abandono do uso de preservativo, e/ou ao maior acesso à contracepção hormonal à medida que a idade avança (Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2013b). Estes resultados mostram que os jovens da população em estudo desconhecem ou ainda não interiorizaram o aumento da eficácia contraceptiva da associação dos dois métodos (dupla contracepção) e o risco real de contraírem ISTs.

4.2 | ATITUDES SEXUAIS

Relativamente às atitudes face à sexualidade, verificamos que os jovens da população em avaliação não apresentam atitudes extremas, a não ser no que concerne à sub-escala Responsabilidade, mostrando grande preocupação no respeitante a esta temática, concretamente na área da contracepção. Grande número de respostas nas outras sub-escalas caem na hipótese “não concordo nem discordo”. Tais dados ilustram que estes jovens ainda não reflectiram muito sobre estes assuntos e/ou ainda não têm uma opinião formada em relação a diversos aspectos destas questões.

Os adolescentes encontram-se em franco processo de amadurecimento cognitivo, afectivo e social e de formação da sua identidade. Assim, também as suas atitudes relativas à sexualidade estão frequentemente em processo de mudança e adaptação entre o sistema de valores dos pais, a pressão do meio e os seus próprios desejos sexuais. Frequentemente, confrontam-se com uma alteração do sistema de crenças em que foram educados, o que lhes cria dúvidas e angústia sobre como pensar e agir (Sprinthall & Collins, 1999; Santos, 2002).

4.3 | DIFERENÇAS DE GÉNERO NOS COMPORTAMENTOS E ATITUDES SEXUAIS

No presente trabalho é patente um duplo padrão sexual, quer em termos de relação pais - filho/a, quer em termos de comportamentos e atitudes sexuais. De facto, verificamos que os pais não só falam mais com as filhas sobre questões relacionadas com a sexualidade, como também sabem mais sobre a vida das filhas (quem são os amigos, onde estão depois da escola, como ocupam os tempos livres, onde vão à noite e onde gastam o dinheiro). Estes resultados corroboram os dados da literatura que mostram ainda que o diálogo sobre assuntos relacionados com a sexualidade se faz mais cedo com as filhas do que com os filhos (Beckett, et al., 2010). Neste estudo não diferenciámos a comunicação com os filhos de acordo com o sexo do progenitor mas segundo alguns autores, as raparigas recebem mais informação através da mãe do que os rapazes, porque as mães desenvolvem formas de relação mais íntima e cúmplice com a rapariga e porque os pais apresentam em geral maior dificuldade de comunicação com os filhos sobre estes assuntos (Prazeres, 2003; Wilson & Koo, 2010). Assim, a maior monitorização e contenção das condutas sexuais das filhas, contrastando com a permissividade em relação aos filhos, promovem uma comunicação mais precoce e mais frequente com aquelas.

O duplo padrão sexual mantém-se quando avaliamos diferenças de género nos comportamentos sexuais: os rapazes apresentam mais comportamentos sexuais de risco – iniciam a vida sexual mais cedo, referem maior número de relações sexuais ocasionais, de relações sexuais com uma pessoa que não a namorada e ainda maior frequência de relações sexuais sob o efeito de álcool.

Estes dados reforçam o referido na literatura nacional, nomeadamente os resultados do HBSC de 2010. Também um estudo conduzido na Catalunha, Espanha, com 9340 alunos de 97 escolas, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos, mostrou que 38,7% tinham iniciado vida sexual e que 82,3% dos rapazes e 63% das raparigas tinham comportamentos sexuais de risco. Os rapazes referiam maior número de parceiros sexuais, menor frequência no uso de preservativo, sendo o consumo de álcool um factor de risco (Puente, et al., 2011). Igualmente o estudo realizado por Huang nos Estados Unidos (2011) mostrou que os rapazes tinham maior probabilidade de iniciar vida sexual mais cedo. São vários os estudos nacionais que mostram um início de vida sexual mais precoce e menor utilização de contracepção na primeira relação sexual para os rapazes (Matos, 2010; Antunes, 2009; Vaz, 2011).

No que diz respeito às atitudes face à sexualidade, verificamos também diferenças de género com significado estatístico em todas as sub-escalas. Assim, se as raparigas apresentam maior preocupação contraceptiva, em contrapartida os rapazes apresentam atitudes mais permissivas, ou seja, em que o sexo é mais aceite ainda que desligado dos afectos e fora de uma relação de compromisso, de maior valorização da relação sexual como algo importante mas também de maior instrumentalização do outro. Estes resultados são sobreponíveis aos já descritos na literatura (Antunes, 2005, Dalton, 2009). Numa meta-

análise de estudos sobre a sexualidade a nível mundial (Peterson & Hyde, 2010), os homens apresentam atitudes mais permissivas face ao sexo ocasional mas não face às relações sexuais pré-matrimoniais. Num outro estudo realizado por Matos, Reis e Ramiro (2010), a totalidade das mulheres que frequentavam o ensino superior consideraram muito importantes os sentimentos e a comunicação na relação, enquanto 2,5% dos homens consideraram estes aspectos pouco importante. No mesmo estudo constata-se que os homens valorizam mais o prazer sexual do que as mulheres. Assim, e embora alguns autores mostrem, na realidade portuguesa actual, um abandono do duplo padrão sexual a favor de uma maior igualdade entre os géneros, tal facto parece ocorrer nos indivíduos mais velhos mas não nos mais jovens (Marques, 2011).

Estas diferenças de género nas atitudes e comportamentos sexuais, advêm provavelmente de factores genéticos/biológicos e de factores ambientais. Os biólogos defendem que esta diferença é biologicamente determinada, enquanto os antropólogos e sociólogos reclamam uma diferença cultural, e esta será provavelmente uma discussão infundável pois ambos os factores intervêm seguramente nas diferenças de género, em termos de interesses, atitudes e comportamentos no âmbito da sexualidade (Baldwin & Baldwin, 1997). De facto, existe já ampla evidência de diferenças de género na evolução e crescimento de diversas áreas do sistema nervoso central, bem como nos diversos processos neuronais, avaliados por ressonância magnética nuclear (Dennison et al., 2013; Tanaka, 2012). Estas diferenças, nomeadamente na área dos comportamentos relacionados com a recompensa, têm sido relacionadas com influências organizacionais, temporárias ou permanentes, das hormonas gonadais no sistema dopaminérgico mesolímbico. Rapazes e raparigas mostraram semelhanças na resposta geral a preditores de recompensa imediata mas evidenciaram diferenças nos mecanismos cerebrais adicionais que permitem decisões controladas, nomeadamente de recusa, perante a possibilidade de uma satisfação imediata, com redução da activação destes mecanismos nos rapazes. Estas diferenças traduzem-se na prática por maior capacidade de auto-controlo, maior noção das consequências do início da vida sexual e de como estas podem afectar os seus planos para o futuro, menor sentimento de pressão pelos pares e maior capacidade de resistir a essa pressão, por parte das raparigas (Diekhof, et al., 2012; De Gaston, 1996).

Os adolescentes, à semelhança dos adultos, desenvolvem as suas experiências em geral, e as suas experiências sexuais em particular, sob os limites impostos pelos papéis e expectativas sociais que fazem parte do mundo em que vivemos (Vaz, 2011). É a área da perspectiva construcionista que está particularmente interessada na forma como as normas sociais de género afectam o desenvolvimento dos adolescentes, especialmente das raparigas. Alguns investigadores defendem que as raparigas ainda são fortemente afectadas pelos papéis de género impostos pela sociedade e que a pressão social para serem “bem comportadas” as leva a darem mais atenção ao que supõem que os outros esperam delas, do que ao que realmente pensam e sentem (Tolman, 2001; Jackson & Cram, 2003). Um estudo português incidindo sobre jovens universitárias entre os 18 e os 24 anos, mostra como estas ainda

percepcionam a presença de um duplo padrão sexual nos julgamentos sociais relativos à sexualidade pré-marital e ao número de parceiros sexuais, embora aceitem um padrão sexual singular (Ramos, Carvalho e Leal, 2004).

Os papéis de género afectam a sexualidade adolescente reforçando o duplo padrão sexual, no qual as raparigas são julgadas por exemplo por terem relações sexuais antes do casamento ou por terem múltiplos parceiros sexuais, enquanto os homens são por vezes premiados pelo mesmo comportamento (Jackson & Cram, 2003; Ramos, Carvalho e Leal, 2004; Nogueira, Saavedra & Costa, 2008). É um duplo padrão porque as expectativas familiares e sociais sobre cada um dos géneros são diferentes e porque os dois géneros são julgados de forma desigual pelas mesmas acções. Quando comparados com as raparigas, os rapazes apresentam menor auto-estima, maior ansiedade sexual e menor capacidade para recusar ou resistir ao sexo (De Gaston, 1996), como também verificamos no nosso estudo e no estudo do HBSC (Matos, 2010). Esta realidade pode ser o resultado do ênfase que a sociedade coloca às raparigas, ensinando-as a resistir ao sexo. Tal não se passa com os rapazes que não adquirem assim estas capacidades e não as conseguem usar para dizer não. Além disso, existe o estereótipo nas sociedades ocidentais, de que o homem está sempre pronto para desejar sexo, o que faz com que muitos rapazes não se sintam confortáveis em resistir ao mesmo. A imposição de serem assertivos, dominantes e controladores limita-os em termos de sentimentos e torna-os inseguros quando sentem que não conseguem atingir estes ideais de virilidade e confusos quanto a conseguirem manter a masculinidade sendo autênticos e afectuosos nas relações (Rostosky, Dekhtyar, Cupp & Anderman, 2008; Chu, Porche & Tolman, 2005).

As diferenças de género encontradas questionam também se deveria haver uma educação sexual em separado (ou pelo menos com alguns momentos em separado) para rapazes e raparigas. De facto, alguns trabalhos apontam neste sentido (Rodrigues, 2009; Saavedra, Magalhães, Soares, Ferreira & Leitão, 2007) já que os rapazes tendem a nunca mostrar que têm dúvidas e a “gozar” com os assuntos com os quais não se encontram à-vontade. Por outro lado, urge desmistificar alguns papéis de género impostos socialmente, no sentido de haver uma verdadeira liberdade para ambos os sexos, sem que as raparigas se sintam permanentemente julgadas mas também para que os rapazes possam ser capazes de exprimir sentimentos, de não assumir o papel dominador e de recusar ter relações se não quiserem, sem que a sua masculinidade seja posta em causa. A existência de formações diferenciadas permitiria também a exposição de dúvidas e a partilha de problemas de uma forma mais aberta.

4.4 | COMPARAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO COM A AMOSTRA NACIONAL DO HBSC

A população de jovens do 10º ano do presente estudo parece revelar menos comportamentos sexuais de risco (nomeadamente menor número de jovens já iniciaram vida sexual, idade mais tardia à data de início da mesma, e maior taxa de utilização de preservativo na primeira e na última RS) quando comparada com uma amostra nacional do mesmo ano de escolaridade. Contudo, pela impossibilidade de consultar a base de dados do HBSC sem uma autorização internacional, esta avaliação é feita apenas pela comparação de percentagens, pelo que deve ser olhada com cautela. De qualquer forma, as diferenças encontradas poderão ser explicadas por diversas características da população em estudo.

Como já focado anteriormente, diversos estudos reconhecem a monitorização parental (diálogo, supervisão, actividades familiares, conhecimento relativamente a diversos aspectos da vida dos filhos, transmissão de informação) como o mais importante e eficaz factor no adiamento do início da vida sexual (Coley, Medeiros & Schindler, 2008; Huang, Murphy & Hser 2011; de Graaf H, Vanwesenbeeck, Woertman, Meijer & Meeus, 2010) bem como na redução de outros comportamentos de risco como abuso de substâncias e delinquência (Huang, Murphy & Hser 2011). Neste estudo, 52% dos adolescentes conversam com os pais sobre questões relacionadas com sexualidade, mais de 2/3 dos pais sabem muito sobre diversos aspectos da vida dos filhos e mais de 90% realizam actividades com os filhos. Além da possível maior monitorização parental, existe sem dúvida um maior controlo dos adolescentes (entradas, saídas, horários) no âmbito de grande parte das escolas privadas.

Constatámos na nossa análise demográfica que a maioria dos jovens vive com ambos os progenitores, o que constitui também um factor protector relativamente a comportamentos de risco (Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000).

A população do presente estudo é maioritariamente católica (80,8%), sendo que cerca de 70% dos inquiridos referem que a religião tem importância na sua vida. Vários estudos mostram que os adolescentes que se encontram envolvidos em actividades no âmbito de uma comunidade religiosa têm atitudes e convicções pessoais no sentido de tenderem a adiar o início da vida sexual e a envolver-se em menos comportamentos de risco (Gray, et al., 2008; O'Donnell, Myint-u, O'Donnell, Stueve, 2003; Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000; Sanchez et al., 2011; Vaz, 2011). Sendo a educação nesta escola explicitamente baseada nos valores católicos de respeito por si e pelo outro, de responsabilidade, de valorização das relações sexuais como expressão de afecto e comunhão, este pode ser um dos factores explicativos para as diferenças encontradas.

A influência do nível socioeconómico tem sido motivo de controvérsia na literatura, com alguns autores a constatarem uma associação entre nível socioeconómico mais elevado e menos comportamentos de risco (Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000) e outros a

verificarem o oposto, nomeadamente por associação com mais consumos de substâncias ilícitas (Simetin, Kern, Kuzman & Pfortner et al., 2013; Sanchez, et al., 2011).

O desempenho académico dos alunos da população em estudo é no geral bom, e a maioria tem expectativas (e sabem que os seus pais, maioritariamente com formação académica, também as têm) de continuar os estudos após a conclusão do ensino secundário, estando estes factores associados a menos comportamentos de risco, nomeadamente ao protelar do início da vida sexual (Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000).

Trata-se de uma escola onde existe um programa de educação sexual, transmitido quer por professores, que a tentam integrar nas várias matérias que leccionam, quer por agentes externos. Ainda que a maioria dos jovens afirme que a escola contribuiu pouco para a sua formação nesta área, os dados nacionais apontam para que apenas 66% dos jovens têm algum tipo de educação /formação na área da sexualidade (Matos, 2010) (vs 83% no nosso grupo de estudo). Sendo reconhecida a importância da educação sexual nas escolas (Kirby, 2002; Kohler, Manhart & Lafferty, 2008; Stanger-Hall, 2011; Vivancos, Abubakar, Phillips-Howard & Hunter, 2012; Chin, et al., 2012; Reis, 2012) na redução dos comportamentos de risco, sobretudo de uma educação sexual abrangente e não apenas virada para a abstinência, este será outro factor a ter em consideração quando procuramos analisar as diferenças encontradas. No entanto, a baixa utilização de métodos hormonais (menor do que a referida no HBSC), parece indicar uma transmissão deficitária de informação em relação à elevada taxa de falha do preservativo como método contraceptivo utilizado isoladamente (baixo índice de Pearl) e às vantagens da dupla contraceção.

Não podemos deixar de relevar o facto de que a amostra de adolescentes do HBSC é recolhida de escolas públicas de todo o país, sendo reconhecidas diferenças regionais importantes na vivência da sexualidade na adolescência, embora seja em Lisboa e na zona Centro que mais jovens referem já ter iniciado vida sexual (Matos, 2010).

Todos estes factores protectores ou promotores de comportamentos sexuais de risco se encontram interligados, sendo pois impossível atribuir uma responsabilidade exclusiva ou preponderante a qualquer um deles. Os comportamentos dos indivíduos em qualquer área da vida e na esfera sexual em particular, resultam de uma interacção multifactorial, o que torna difícil a sua abordagem com vista à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Capítulo 5 | CONCLUSÕES

Avaliámos comportamentos e atitudes sexuais dos adolescentes de uma escola privada de Lisboa, verificando que uma percentagem significativa destes jovens apresentam comportamentos sexuais de risco como início precoce de vida sexual, mais do que um parceiro sexual, baixa utilização de dupla contracepção. Contudo, quando comparados com os jovens de uma amostra nacional da mesma faixa etária, estes comportamentos parecem ser menos frequentes na população estudada. Foi também patente neste estudo a persistência de um duplo padrão sexual, quer na relação pais/filhos, quer em relação a atitudes e comportamentos sexuais.

Assim, e apesar de alguns indicadores apontarem, nos últimos anos, para uma diminuição ténue de algumas das consequências nefastas de um início precoce da actividade sexual, urge continuar a investir numa educação sexual que se quer integrada pela família, pela escola (seja pública ou privada), pelo grupo de pares, pelos profissionais de saúde e pela comunicação social, incluindo ainda as novas formas de informação e comunicação como a internet. Esta educação deve ser apoiada a nível estatal por uma legislação adequada, pela promoção de campanhas e pela criação de serviços de saúde adequados para os adolescentes, onde esteja disponível contracepção gratuita.

A família é considerada o factor primordial no desenvolvimento de comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis. Para que tal possa acontecer é necessário ajudar os pais nesta tarefa para a qual tantas vezes não se sentem preparados, enfatizando a importância de manterem uma supervisão adequada e de comunicarem com os adolescentes de ambos os sexos sobre esta temática desde o início da adolescência, incentivando-os a transmitirem aos seus filhos de forma clara os seus valores e expectativas, fornecendo-lhes informação relativamente aos conteúdos mais adequados para cada idade e ajudando-os nas suas dificuldades.

A escola é um local privilegiado para a educação sexual não só dos jovens (estando a sua eficácia demonstrada) mas também dos seus pais e professores, procurando promover uma coerência de conteúdos. Assim, impõe-se a implementação e/ou continuação de programas de educação sexual com conteúdos informativos e formativos. Dadas as características da adolescência, na qual valores e crenças estão a ser questionados e reformulados, é necessário ajudar os jovens a pensarem e a descobrirem os valores pelos quais querem reger toda a sua vida e portanto também a sua sexualidade, já que de facto, não há educação sem valores. Toda a educação tem que ter por base um quadro ético de referência. É fundamental uma educação sexual que aponte para a importância e a abrangência da sexualidade como meio de expressão de sentimentos e afectos, como dimensão de comunicação e encontro para além da genitalidade. Pretende-se uma educação sexual que ajude os jovens a desenvolverem sentido crítico face à grande erotização da sociedade em que vivemos, a qual lhes transmite informações contraditórias, uma educação sexual que

lhes possibilite desenvolverem competências para dizer “não” se for essa a sua vontade, que os ajude a serem responsáveis nas suas opções e a adquirirem competências e meios para o poderem ser. É fundamental fornecer informação clara e verdadeira relativamente aos riscos inerentes ao início precoce da actividade sexual, e às formas de os evitar. Explicar as razões da nossa preocupação é muito mais eficaz do que simplesmente criticar ou julgar comportamentos sem justificação. É responsabilidade de todos os educadores, especialmente daqueles que têm formação na área da saúde, o empenho na educação a este nível para que não assistamos a um retrocesso em termos de educação sexual nas escolas, fruto principalmente da abolição das áreas curriculares não disciplinares e da extrema falta de tempo com que os professores se deparam, como referido na apresentação pública sobre “Educação sexual em Portugal. Legislação e avaliação da implementação nas escolas.” em Junho de 2014.

A persistência notória de um duplo padrão sexual implica incrementar em todos os formadores esta noção, para que possam ajudar rapazes e raparigas a comunicarem na sua diferença e a conseguirem uma complementaridade em termos afectivo-sexuais, promovendo uma verdadeira igualdade de valor e de responsabilidade entre géneros. São necessários discursos que responsabilizem mais os jovens do sexo masculino nas questões da reprodução, que eduquem para a promoção de relações humanas de qualidade no respeito pela liberdade, sua e do outro, para a responsabilidade, para a coerência entre o que se pensa e o que se faz, para a igualdade de direitos e de prazer, para a escuta e compreensão do outro, dos seus desejos e das suas necessidades. Poderá ser positiva uma educação sexual com alguns momentos em separado para rapazes e raparigas.

A comparação dos dados da população estudada com os dados nacionais, apontando no sentido de menos comportamentos de risco na primeira, abre caminho para novas investigações no sentido de perceber todos os factores envolvidos nestas diferenças.

Gostaríamos de ter efectuado uma avaliação estatística mais exaustiva, com controlo das diferentes variáveis estudadas e potencialmente implicadas, contudo, a limitada dimensão da população, intencionalmente condicionada pelos objectivos do estudo, e a restrição temporal não o tornaram possível. Teria sido também interessante complementar este estudo quantitativo com uma análise qualitativa, nomeadamente através da realização de grupos focais mas mais uma vez as imposições temporais não o permitiram.

Não é legítimo extrapolar os dados encontrados neste estudo para a generalidade das escolas privadas nem mesmo das escolas privadas de orientação católica, já que cada escola terá as suas especificidades, dependentes da localização geográfica, do nível socio-económico e cultural dos pais, da existência e implementação de um programa de educação sexual, entre outros.

Muito há ainda a investigar nesta área da sexualidade, nomeadamente através da decifração e interferência no código genético, da identificação de circuitos neuronais implicados na decisão e controlo, da regulação dos sistemas bioquímicos, de estudos hormonais e comportamentais. Enquanto tal, compete-nos enquanto clínicos e formadores, participar de forma activa na educação não só dos jovens, mas também dos seus pais e professores, no âmbito da actividade clínica, da escola e dos meios de comunicação social. Acima de tudo é fundamental, enquanto educadores que todos somos, promover o auto-conhecimento, a auto-estima, a auto-confiança, os quais estão na base de relações equilibradas no plano pessoal e interpessoal, já que os principais obstáculos à vivência de uma sexualidade saudável têm a ver com o próprio adolescente, no seu processo nem sempre linear de aquisição de autonomia e de construção da identidade, também a nível sexual, num corpo cujo desenvolvimento vai à frente do desenvolvimento psíquico, afectivo e social. Este investimento a diversos níveis permitirá seguramente que os nossos jovens tenham uma vivência mais responsável, mais igualitária e mais feliz da sua sexualidade!

BIBLIOGRAFIA

- Abma, J.C., Martinez, G.M. & Copen C.E. (2010). Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing. National Survey of Family Growth 2006–2008. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. (2nd ed). Maidenhead: Open University Press.
- Alves, C.A. (2010). *O impacto de um programa de educação sexual nos comportamentos protectores dos adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.
- Antunes, M.T. (2005). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior* in: Silva B. D., Almeida L. S. (ed). VIII Congresso galaico-português de Psicopatologia. Braga. Universidade do Minho e Universidade de Corunha.
- Baldwin, J.D. & Baldwin, J.I. (1997). Gender differences in sexual interest. *Archives of Sexual Behavior*, 26(2), 181-210.
- Bastos, A. (2001). *Afectividade na adolescência: sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Paulinas.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Beckett, M.K., Elliott M.N., Martino S., Kanouse D.E., Corona R., & Schuster M.A. (2010). Timing of parent and child communication about Sexuality Relative to Children`s Sexual Behaviors. *Pediatrics*, 125, 34-42.
- Casey, B. J., Rebecca, M. J. & Todd A.H. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126.
- Chin, H.B., et al; Community Preventive Services Task Force (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 272-294.

- Chu, J.Y., Porche, M.V. & Tolman, D.L., (2005). The adolescent masculinity ideology in relationships scale: Development and validation of a new measure for boys. *Men and masculinities*, 8, 93-115.
- Coley, R.L., Medeiros, B.L. & Schindler, H.S. (2008). Using sibling differences to estimate effects of parenting on adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 133-140.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W. & Barnekow Rasmussen, V. (2004). Young people's health in context: Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study. International report from the HBSC 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, Nº4. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2013). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012. CVEDT. Lisboa, Portugal. INSA.
- Dalton, A. & Galambos, N. (2009). Affect and sexual behavior in the transition to university. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 675-687.
- Deborah C. & Viner R. (2005). Adolescent development. *British Medical Journal*, 330, 301-304.
- De Gaston, J.F., Weed, S. & Jensen, L. (1996). Understanding gender differences in adolescence sexuality. *Adolescence*, 31(121), 217-231.
- De Graaf H., Vanwesenbeeck I., Woertman L., Meijer S. & Meeus W. (2010). Parental support and knowledge and adolescents' sexual health: testing two mediational models in a national Dutch sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 189-198.
- Dennison, M., Waitt, S., Yucel, M., Vijayakumar, N., Kline, A. & Allen, N.B. (2013). Mapping subcortical brain maturation during adolescence: evidence of hemisphere and sex-specific longitudinal changes. *Development Science*, 16(5), 772-791.
- DeVore, E.R., & Ginsburg (2005). The protective effect of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(4), 460-465.
- Diekhof, E.K., Keil, M., Henseler, I., Dechent, P., Falkai, P. & Gruber, O. (2012). A functional neuroimaging study assessing gender differences in the neural mechanisms underlying the ability to resist impulsive desires. *Brain Research*, 1473, 63-77.
- Direcção Geral da Saúde (2011). Relatório dos registos das Interrupções Voluntária de Gravidez – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2012). Relatório dos registos de IVG – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2011. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2013). Relatório dos registos de IVG – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2012. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.

Eagly, A.E. & Chaiken, S. (1995). Attitude strength, attitude structure and resistance to change. In R. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (413-432). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Eaton, D.K., et al. (2012); Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveillance Summaries*, 61(4), 1-162.

Fazio, R.H. & Olson, M.A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.

Filipe, L.A. (2012). *Abertura à experiência, atitudes e comportamentos sexuais em jovens do ensino superior*. Tese de Mestrado em Sexualidade Humana. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.

Fritz, M.A. & Speroff, L. (2011). Normal and abnormal growth and pubertal development. In M.A.Fritz, (Ed.), *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (8th ed) (331-390). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fronteira, I., Oliveira da Silva, M., Unzeiting, V., Karro, H. & Temmerman, M. (2009). Sexual and reproductive health of adolescents in Belgium, the Czech Republic, Estonia and Portugal. *European Journal of Contracept Reprod Health Care*, 14, 215-220.

Gilliam, M.L., Berlin, A., Kosloski, M., Hernandez, M. & Grundy, M. (2007). Interpersonal and personal factors influencing sexual debut among Mexican-American young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 41, 495-503.

Gray, S.H., Austin, S.B., Huang, B., Frazie, A.L., Field, A.E. & Kahn, J.A. (2008). Predicting sexual initiation in a prospective cohort study of adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 55-59.

Harris, L., et al (2007). Association between youth assets and sexual activity: does adult supervision play a role? *Child Care Health and Development*, 33(4), 448-454.

- Hendrick, S.S. & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23, 502-526.
- Huang, D.Y.C., Murphy, D.A. & Hser, Y. (2011). Parental monitoring during early adolescence deters adolescent sexual initiation: discrete-time survival mixture analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 511-520.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). Taxas de Natalidade referentes a 2010, 2011, 2012. Acedido Janeiro 20, 2014 em <http://www.ine.pt/xportal>
- Jackson, S.M., Cram, F. (2003) Disrupting the sexual double standard: young women's talk about heterosexuality. *British Journal of Social Psychology*, 42 (1), 113-127.
- Johnson, K. & Tyler, K. (2007). Adolescent sexual onset: an intergenerational analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 939-949.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39 (1), 27-33.
- Kirby, D., Laris, B. A. & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40 (3), 206-217.
- Kohler, P.K., Manhart, L.E. & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M. & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 16 years. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 42-48.
- Langfeldt, T. & Porter M. (1986). Sexuality and family planning: Report of a consultation and research findings. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO Publications Center. Copenhagen.
- López, F. (2005). *La Educación Sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López F. & Fuertes A. (1989). *Para comprender a sexualidade*. Navarra: Verbo Divino.
- Madkour, A.S., Farhat, T., Halpern, C.T., Godeau, E. & Gabhaunn, S.N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 47(4), 389-98.

- Marques, N.M. (2011). *O duplo padrão sexual no masculino: uma perspectiva transgeracional portuguesa*. Tese de Mestrado em Sexualidade Humana. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.
- Masters, W., Johnson, V. & Kolodny, R. (1987). *Amour sexualité: mieux vivre sa vie sexuelle dans le monde d'aujourd'hui*. Paris, France. InterEditions.
- Matos, M.G. & Equipa Aventura Social. (2010). *A Saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Centro de malária e outras doenças tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa*.
- Matos, M.G., Ramiro, L., Reis, M. & Equipa Aventura Social, (2013). *Sexualidade dos jovens portugueses. Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens. Online Study of Young People's sexuality (OSYS) – Dados de 2011. Centro de malária e outras doenças tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa*.
- Matos, M.G., Reis, M. & Ramiro, L. (2010). *Saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino superior*. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Menard, A., & Offman, A. (2009). The Interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18 (1-2), 35-45.
- Nogueira, C., Saavedra, L. & Costa, C. (2008). (In)visibilidade de género na sexualidade juvenil: propostas para uma nova concepção sobre educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-posições*, 19 (2), 59-80.
- O'Donnell, L., Myint-U, A., O'Donnell, C.R. & Stueve, A. (2003) Long-term influence of sexual norms and attitudes on timing of sexual initiation among urban minority youth. *Journal of School Health*, 73, 68-75.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M. & Hart, G. (2007). Explaining association between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health*, 40, 180e1-18.
- Parkes A., Wight D., Hunt K., Henderson M. & Sargent J. (2013). Are sexual media exposure, parental restrictions on media use and co-viewing TV and DVD with parents and friends associated with teenagers' early sexual behavior? *Journal of Adolescence*, 36(6), 1121-1133.
- Peterson, J. & Hyde, J.S. (2010). Gender differences in sexuality. In: Chrisler J C, Mc Creary D R, editors. *Handbook of Gender Research in Psychology: volume I: Gender research in general and experimental psychology*. New York: Springer.

- Pordata – Base de dados de Portugal (2013). Taxas de Natalidade referentes aos anos de 2010, 2011, 2012. Acedido Março 27, 2013, em:
<http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Nascimentos+e+fecundidade-31>.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino. Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Puente, D., et al. (2011). Gender differences in risk behavior among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25 (1), 13-19.
- Puerto C. (2009). *Educação Sexual e a Escola*. ID books. Lisboa.
- Ramiro, L., Matos, M., & Reis, M. (2013). Sexual health among portuguese adolescents: changes in a 8-year period (2002-2010). *Problems of psychology in the 21st century*, 5, 65-78.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., & Diniz J.A. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G. & Diniz, J.A. (2013). Trends in adolescent behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health and Medicine* Oct 15 (Epub ahead of print).
- Ramos V., Carvalho C. & Leal, I.P. (2004). *Atitudes e comportamentos sexuais de jovens mulheres universitárias: a hipótese do duplo padrão sexual*. Actas do 5º Congresso Nacional De Psicologia da Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Reis, M. (2012). Promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – conhecimentos e atitudes face à contracepção e à prevenção das ISTs. (Unpublished) Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10400.5/5169>.
- Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M. & Pereira, S. (2009). A Sexualidade e os amores. In Sampaio, D. & Matos, M. G. (coord). *Jovens com saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa, Portugal: Texto Editora. ISBN: 9789724740287.
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G. & Diniz, J.A. (2013a). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*, 25 (2), 115-127.

- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G. & Diniz, J.A. (2013b). Nationwide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13,127-137. (IF=2.787).
- Reiss, I. (1964). The Scaling of premarital Sexual Permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 26, 188-198.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15, 179–186.
- Rodrigues C. (2009). Género e aprendizagem participativa orientada para a acção em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade. Acedido Fevereiro 16, 2014, em <http://hdl.handle.net/1822/11147>
- Rodrigues, C. & Vilaça, T. (2011). Responder às necessidades em educação sexual dos adolescentes: influência do género no desenvolvimento da competência de acção. Libro de actas do XI Congresso Internacional Galego-Português de psicopedagogia. ISSN, 1138-1663.
- Rosa, J.B., & Baptista, A. (1998). *Atitudes face à sexualidade e vivência emocional*. Manuscrito não publicado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Rostosky, S.S., Dekhtyar, O., Cupp, P.K. & Anderman, E.M. (2008). Sexual self-concept and self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health?. *Journal of Sex Research*, 45(3),277-286.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S. & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portugueses e portuguesas: um programa de educação sexual. In: *Congreso Astur Galaico de Socioloxia*, 4. Actas, p.1-20. Espanha: Universidade de Corunha.
- Sanchez, Z.M., Martins S.S., Opaleye E.S., Moura, Y.G., Locatelli D.P. & Noto, A.R. (2011). Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private schools. *BMC Public Health*, 11, 201.
- Santos Ferreira, M.M. & Reis Torgal, M.C. (2011). Life styles in adolescence: sexual behavior of Portuguese adolescents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 588-594.
- Santos, M. (2002). Família e Sexualidade: narrativa e quotidiano. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 35, 16-19.

- Simetin, P., Kern, J., Kuzman, M. & Pfortner, T.K. (2013). Inequalities in Croatian pupils' risk behaviors associated to socioeconomic environment at school and area levels. *Social Science and Medicine*, 98, 154-161.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (1999). *Psicologia da adolescência: uma perspectiva desenvolvimentalista* (2ª ed). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanger-Hall KF & Hall D.W. (2011). Abstinence-only education and teen pregnancy rates: Why we need comprehensive sex education in the U.S. *PLoS ONE* 6(10), e24658. doi:10.1371/journal.pone.0024658
- Tanaka, C., Matsui, M., Uematsu, A., Nobuchi, K. & Miyawaki, T. (2012). Developmental trajectories of the fronto-temporal lobes from infancy to early adulthood in healthy individuals. *Developmental Neuroscience*, 34(6), 477-487.
- Tolma, E.L., Oman, R.F., Vesely, S.K., Aspy, C.B., Beebe, L. & Fluhr, J. (2011). Parental youth assets and sexual activity: differences by race/ethnicity. *American Journal of Health Behaviour*, 35(5), 513-524.
- Tolman, D.L., (2001). Female adolescent sexuality: An argument for a developmental perspective on the view of women's sexual problems. *Women and Therapy*, 42 (1-2), 195-209.
- UNAIDS (2013). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Acedido Fevereiro 18, 2014, em [http://www.unaids.org/en/media/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS Global Report 2013 en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS%20Global%20Report%202013%20en.pdf)
- UNESCO (2010). Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade. Uma abordagem baseada em evidência para escolas, professores e educadores em saúde. Brasília. UNESCO.
- UNFPA - The United Nations Population Fund (2013). Report UNFPA. State of the world population 2013: Motherhood in childhood – Facing the challenge of adolescent pregnancy.
- Valois, R.F., Oeltmann, J.E., Waller, J. & Hussey, J.R. (1999). Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(5), 328-335.
- Vaz, A.M. (2011). *Actitudes y comportamientos de los adolescentes frente a la sexualidade*. Tese doutoral. Universidad de Extremadura.

- Vivancos, R., Abubakar, I., Phillips-Howard, P. & Hunter, P.R. (2013). School-based sex education is associated with reduced risky sexual behavior and sexually transmitted infection in young adults. *Public Health*, 127 (1), 53-57.
- WHO. World Health Organization (1986). Young people`s health – a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report series 731. Geneva, Switzerland.
- WHO. World Health Organization (2006). Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. WHO Document Production Services. Geneva, Switzerland.
- WHO. World Health Organization (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of making pregnancy safer. WHO Document Production Services. Geneva, Switzerland.
- WHO. World Health Organization (2011). Facts on induced abortion worldwide. Department of reproductive health and research. WHO Document Production Services. Geneva, Switzerland.
- Wilson, E.K., & Koo, H.P. (2010). Mothers, fathers, sons and daughters: gender difference in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Acedido Fevereiro* 20, 2014, em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/31>

Aos Encarregados de Educação

O meu nome é Luisa Pinto, sou mãe marista, médica especialista em Obstetrícia e Ginecologia e tenho estado envolvida desde há vários anos na educação na área da Afectividade e Sexualidade no Externato Marista de Lisboa.

Em 2012/2013 frequentei o ano escolar do mestrado em “Saúde do adolescente”. Querendo este ano elaborar a respectiva tese, pretendo, na sequência do trabalho já desenvolvido, conhecer melhor qual a realidade em termos de atitudes e comportamentos sexuais dos nossos jovens.

Interessa-me particularmente avaliar se há diferenças de género nas atitudes e comportamentos sexuais na adolescência. Desta forma avaliarei também se há necessidade de uma intervenção/formação distinta de acordo com o género.

Para tal, pretendo aplicar aos adolescentes do 9º ao 12º ano, com o consentimento da Direcção do Externato, da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria, e dos respectivos Encarregados de Educação, um questionário já validado para português- HBSC/OSYS.

O HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (www.hbsc.org e www.kidscreen.org) que pretende estudar os comportamentos de saúde em crianças e adolescentes em idade escolar. Insere-se numa rede internacional de investigação constituída por quarenta e quatro países, onde se inclui Portugal e é realizado de quatro em quatro anos. Em 2010 teve lugar o quarto estudo (1998, 2002, 2006), para o qual foi obtida uma autorização do Ministério da Educação. Os questionários são anónimos, não permitindo assim a identificação dos alunos e serão preenchidos em contexto de sala de aula.

Eu, _____ Encarregado de Educação do
aluno _____ pertencente à turma
_____, **autorizo/não autorizo (risque o que não interessa)** o meu educando a participar
neste estudo.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)
Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)
Dra. Elisa Pedro (CHLN)
Padre Fernando Sampaio (CHLN)
Dra. Graça Nogueira (CHLN)
Mestre Enª. Isabel Côrte-Real (CHLN)
Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)
Prof. Doutor António Barbosa (FML)
Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)
Prof. Doutor João Lavinha (FML)
Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)
Prof. Doutor José Barata Moura (FML)
Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Dra. Maria Luísa Aleixo Gomes Pinto Grilo

Serviço de Obstetria, Ginecologia e

Medicina da Reprodução

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 14 de Junho de 2013

Assunto: Projecto de Investigação "Atitudes e Comportamentos sexuais na adolescência", no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Relator – Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, em 12 Junho de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes de um colégio de Lisboa

Este inquérito pretende avaliar atitudes e comportamentos sexuais na adolescência.

A tua colaboração é fundamental para que se possa compreender melhor se existem diferenças de género nas atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes.

O questionário é **anónimo e confidencial**. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a tua opinião sincera e pessoal.

Os resultados deste estudo permitirão avaliar, entre outros, quais as necessidades formativas na área da Sexualidade, de acordo com o género.

Pedimos-te que respondas a todas as questões de forma sincera e espontânea, seguindo as instruções.

MUITO OBRIGADA por participares!

INQUÉRITO

Dados socio-demográficos

1. Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade

☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19

3. Ano de escolaridade ☐ 9º ☐ 10º ☐ 11º ☐ 12º

4. Nacionalidade

☐ Portuguesa ☐ Outra Qual? _____

5. Religião

☐ Nenhuma ☐ Católica ☐ Muçulmana ☐ Outra Qual? _____

6. A religião tem importância na tua vida?

☐ Sim ☐ Não

7. A religião tem importância nas decisões que tomas, em todas as áreas da tua vida?

☐ Sim ☐ Não

8. Idade da mãe

☐ Menos de 40 anos ☐ 40 – 49 anos ☐ 50 – 59 anos ☐ 60 anos ou mais

9. Profissão da mãe – _____

10. Idade do pai

☐ Menos de 40 anos ☐ 40 – 49anos ☐ 50 – 59 anos ☐ 60 anos ou mais

11. Profissão do pai- _____

12. Com quem vives?

☐ Pai e Mãe ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Outro familiar Quem? _____

13. Costumas conversar com os teus pais sobre questões relacionadas com a sexualidade?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, que assuntos conversas:

Relacionamentos amorosos/namoros

☐ Sim ☐ Não

A importância dos afetos

☐ Sim ☐ Não

Contraceção/Infeções de transmissão sexual

☐ Sim ☐ Não

Outros ☐ Quais: _____

14. Fazes programas com os teus pais? (saídas, viagens, ida ao cinema, etc)

☐ Sim ☐ Não

15. No geral, como te sentes presentemente em relação à vida?

☐ Muito feliz ☐ Feliz ☐ Pouco feliz ☐ Infeliz

16. Quanto é que os teus pais (pelo menos um deles) sabem realmente sobre

Quem são os teus amigos	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
Como é que gastas o teu dinheiro	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
Onde estás depois da escola	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
Onde vais sair à noite	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
O que fazes com o teu tempo livre	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
Como vai o teu aproveitamento na escola	<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada

17. Na escola, em geral considero-me um aluno

☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Suficiente ☐ Insuficiente ☐ Mau

18. Quantas vezes nos últimos 30 dias

[illegible]

19. A educação sexual serve para te ajudar a

Ter mais informação	<input type="checkbox"/>
Tirar dúvidas que tens	<input type="checkbox"/>
Saberes relacionar-te com outra pessoa	<input type="checkbox"/>
Não ter SIDA	<input type="checkbox"/>
Não engravidar	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/> Qual?

20. Nos últimos anos, os professores que tiveste abordaram educação sexual nas aulas?

☐ Sim ☐ Não

Se sim:

Numa disciplina curricular (por ex. Ciência Naturais, Biologia) ☐

Numa área curricular não disciplinar (por. ex. Formação humana) ☐

Ações/conferências por agentes externos à escola (por ex. médicos, Centro de Saúde) ☐

21. Nos últimos anos os professores falaram sobre a importância dos afetos/amor nas aulas?

☐ Sim ☐ Não

22. Avalia o papel da escola (atividades promovidas pela escola) em termos de Educação sexual

☐ Contribuiu muito ☐ Contribuiu pouco ☐ Não contribuiu nada

23. Relativamente aos temas de educação sexual abordados, sentiste que ficaste

☐ Muito esclarecido ☐ Esclarecido ☐ Pouco esclarecido ☐ Nada esclarecido

24. Sentes-te devidamente informado relativamente a todas as questões relacionadas com a Sexualidade?

☐ Sim ☐ Não

25. Segue-se um conjunto de questões que refletem diferentes atitudes. Pedimos-te que expresses a tua opinião individual acerca de cada uma, mesmo que nunca tenhas tido relações sexuais.

	Discordo completamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
É possível ter relações sexuais sem estar comprometido com a pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ato sexual ocasional é aceitável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relações sexuais de uma só noite são por vezes muito agradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É possível apreciar as relações sexuais sem gostar muito da pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo pelo sexo é perfeitamente correto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A contraceção faz parte de uma sexualidade responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mulher deve partilhar responsabilidade na contraceção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O homem deve partilhar responsabilidade na contraceção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A educação sexual é importante para os jovens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a interação humana mais perfeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O orgasmo é a melhor experiência do mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No seu melhor o sexo parece ser a fusão (união) de duas almas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo é uma parte muito importante da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo é geralmente uma experiência intensa, quase perfeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo é melhor quando o indivíduo se deixa levar e se concentra no seu próprio prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo é fundamentalmente tirar prazer da interação(relação) com outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O prazer individual é o objetivo principal do sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O sexo é basicamente físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As relações sexuais são primeiramente uma função corporal, tal como comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Já alguma vez tiveste relações sexuais?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeste NÃO à pergunta anterior não preenchas o resto do questionário. Se respondeste SIM responde às perguntas que se seguem

27. Que tipo de relação sexual já tiveste?

☐ Vaginal (pénis na vagina) ☐ Oral ☐ Anal

28. Quantos anos tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual? _____

29. A primeira vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro usaram método contraceptivo (para evitar uma gravidez)?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeste Sim, qual:

Se respondeste Não, porquê? _____

- ☐ Preservativo
- ☐ Pílula ou outro método hormonal
- ☐ Espermicida
- ☐ Coito interrompido
- ☐ Não sei
- ☐ Não me lembro
- ☐ Outro Qual? _____

30. A pessoa com quem tiveste a primeira relação sexual era:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> O meu namorado | <input type="checkbox"/> Um amigo que conhecia mal |
| <input type="checkbox"/> A minha namorada | <input type="checkbox"/> Uma amiga que conhecia mal |
| <input type="checkbox"/> Um amigo que conhecia bem | <input type="checkbox"/> Uma pessoa que encontrei ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> Uma amiga que conhecia bem | <input type="checkbox"/> Outro/a. Qual? _____ |

31. Sentiste-te pressionado/a para ter relações sexuais?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não me lembro

32. Antes da primeira relação sexual ter acontecido conversaste com o teu parceiro sobre o modo de evitar uma gravidez?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não me lembro

33. Discutiste também com o teu parceiro a prevenção da infeções sexualmente transmissíveis?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não me lembro

34. Depois da primeira relação continuaste a manter um relacionamento com aquele parceiro?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, continua até hoje sem interrupções | <input type="checkbox"/> Sim mas acabou |
| <input type="checkbox"/> Separámo-nos mas estamos juntos atualmente | <input type="checkbox"/> Não tive qualquer relação |

35. Durante quanto tempo ficaram juntos?

☐ Menos de 1 mês ☐ Entre 1 mês e 3 meses ☐ Entre 3 meses e 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano

36. Tens actualmente um relacionamento amoroso/namoro?

☐ Sim ☐ Não

37. Tens actualmente um relacionamento amoroso/namoro que inclua relações sexuais?

☐ Sim ☐ Não

Há quanto tempo estão juntos?

☐ < 1 semana ☐ Entre 1 semana e 1 mês ☐ Entre 1 mês e 3 meses ☐ Entre 3 meses e 6 meses
☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Não sei

Quanto tempo depois de terem iniciado o relacionamento tiveram relações sexuais?

☐ 24 horas ☐ Entre 1 dia e 1 semana ☐ Entre 1 semana e 1 mês ☐ Entre 1 mês e 3 meses
☐ Entre 3 meses e 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Não sei

38. Em relação ao teu parceiro/a sentes que:

☐ Estás apaixonado/a
☐ Gostas dele/a
☐ Não sentes nada de especial
☐ Só sentes atração física
☐ Não sei
☐ Outra. Qual? _____

39. Em relação ao preservativo no vosso relacionamento

☐ Nunca usam
☐ Usamos sempre
☐ Às vezes usamos, outras não
☐ Usámos no início depois parámos
☐ Não usámos no início mas depois começámos a usar
☐ Outra. Qual? _____

40. Não considerando o preservativo usaram outro método?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeste sim, qual?

☐ Pílula ou outro método hormonal
☐ Espermicida
☐ Coito interrompido
☐ Não sei/não me lembro
☐ Outro. Qual? _____

41. A última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro usaram método contraceptivo (para evitar uma gravidez)?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeste sim, qual?

☐ Pílula ou outro método hormonal

☐ preservativo

☐ Espermicida

☐ Coito interrompido

☐ Não sei/não me lembro

☐ Outro. Qual? _____

42. Alguma vez chegaste (ou a tua parceira chegou) a engravidar?

☐ Sim ☐ Não

43. Já te aconteceu teres tido relações sexuais com outra pessoa que não o teu namorado/a durante o namoro?

☐ Sim ☐ Não

44. Considerando toda a tua vida, com quantas pessoas já tiveste até agora relações sexuais? _____

45. Já tiveste relações sexuais porque tinhas bebido álcool demais?

☐ Sim ☐ Não

46. Já tiveste relações sexuais porque tinhas tomado drogas?

☐ Sim ☐ Não

47. Na tua opinião a maior parte dos jovens da tua idade

☐ Já tiveram relações sexuais

☐ Nunca tiveram relações sexuais

48. Na maioria dos casos quando os jovens têm relações sexuais

☐ É o rapaz que toma a iniciativa

☐ É a rapariga que toma a iniciativa

☐ Decidem os dois

☐ Têm relações porque um deles insiste muito

49. A maioria dos jovens tem a sua 1ª relação sexual porque:

- ☐ Estão muito apaixonados e decidiram assim
- ☐ Querem experimentar
- ☐ Beberam demais
- ☐ Tomaram drogas
- ☐ Já namoram há muito tempo
- ☐ Não querem que o/a parceiro/a fique zangado/a ou o/a abandone
- ☐ Arranjaram um namorado mais velho
- ☐ Aconteceu por acaso (porque calhou)
- ☐ Outra razão

Qual?- _____

50. Diz como te sentes a falar de Educação sexual com:

Amigos	<input type="checkbox"/> Nada à vontade	<input type="checkbox"/> Pouco à vontade	<input type="checkbox"/> À vontade	<input type="checkbox"/> Muito à vontade
Pais	<input type="checkbox"/> Nada à vontade	<input type="checkbox"/> Pouco à vontade	<input type="checkbox"/> À vontade	<input type="checkbox"/> Muito à vontade
Colegas	<input type="checkbox"/> Nada à vontade	<input type="checkbox"/> Pouco à vontade	<input type="checkbox"/> À vontade	<input type="checkbox"/> Muito à vontade
Professores	<input type="checkbox"/> Nada à vontade	<input type="checkbox"/> Pouco à vontade	<input type="checkbox"/> À vontade	<input type="checkbox"/> Muito à vontade

51. Como achas que te sentirias nas seguintes situações?

	Nada à vontade	Pouco à vontade	À vontade	Muito à vontade
Conversar com o par sexual sobre o uso do preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convencer o par sexual a usar preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recusar ter relações sexuais sem preservativo se o par sexual não quiser usar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recusar ter relações sexuais se não quiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O que te faria feliz em termos de sexualidade?

Finalizaste o teu questionário. Obrigada pela tua participação.

Este questionário utiliza questões e escalas de vários estudos realizados com a população portuguesa. Os autores autorizaram a utilização e/ou adaptação das mesmas.

Matos, M.G. & Equipa Aventura Social, HBSC 2010
Ramiro, L. Reis M., Matos M.G., OSYS 2011